

SELUNHIDON LÖYTNYT IDENTITEETTI

**SISÄLLÖNANALYYTTINEN TUTKIMUS SELUNHIDON TEORIAN
JA KÄYTÄNNÖN MUUTOKSESTA AIKAKAUSKIRJASSA THE
JOURNAL OF PASTORAL CARE AND COUNSELING 1980 – 2014**

Helsingin yliopisto
Käytännöllisen teologian
lisensiaatintutkimus
Huhtikuu 2018
Hannu Jaatinen



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Teologinen tiedekunta		Laitos/Institution– Department Käytännöllisen teologian laitos	
Tekijä/Författare – Author Hannu Jaatinen			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Sielunhoidon löytynyt identiteetti. Sisällönanalyttinen tutkimus sielunhoidon käytännön ja teorian muutoksesta aikakauskirjassa The Journal of Pastoral Care and Counseling 1980-2014			
Oppiaine /Läroämne – Subject Pastoraaliteologia ja -psykologia			
Työn laji/Arbetets art – Level Lisensiaatintutkimus		Aika/Datum – Month and year Huhtikuu 2018	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 180
<p>Tiivistelmä/Referat – Abstract</p> <p>Tämän tutkimuksen kohteena on amerikkalainen sielunhoidon aikakauskirja The Journal of Pastoral Care and Counseling (JPCC) ja se, miten sielunhoidon teoria ja käytäntö on muuttunut vuosien 1980-2014 artikkeleissa. Tutkimusmenetelmänä on tilastollinen sisällön erittely ja lisäksi tutkimustuloksia havainnollistetaan kaikkiaan 126:lla tutkimusaineistosta poimitulla artikkelilla. Taustateorioina ovat Tor Johan Grevbon sielunhoidon suuntausten luokittelu ja Jan T. de Jongh van Arkelin sielunhoidon tasot, joiden pohjalta luokitusrunko muodostettiin käyttäen apuna lisäksi sielunhoidon ja psykoterapian menetelmiä käsittelevää kirjallisuutta. Perusjoukko käsitti 996 artikkelia ja luokitteluun otettiin mukaan joka neljäs artikkeli, jolloin otosyksiköiden lukumääräksi tuli 250. Luokitusrungon toimivuutta ja luokittelun luotettavuutta testattiin sekä koe- ja rinnakkais- että tarkastusluokituksella. Luokitusluokituksiksi saatiin vastaavasti 79,8 ja 79,6 %. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin jakautumien laskemista, ristiintaulukointia ja korrelaatioanalyysiä.</p> <p>Pastoral care tarkoittaa paikallisseurakunnissa ja sairaaloissa tapahtuvaa sielunhoitoa. Pastoral counseling on terapeuttisesti suuntautunutta erityissielunhoitoa, jota voidaan käyttää psykiatrisissa sairaaloissa ja sielunhoitokeskuksissa, joissa myös pastoraalipsykoterapia voi olla käytössä. Tärkeimmät JPCC:a julkaisevat järjestöt ovat The Association for Clinical Pastoral Education (ACPE) ja The American Association of Pastoral Counselors (AAPC). ACPE kuuluu kliiniseen sielunhoitoalueeseen, jonka perusideana on opettaa sairaala- ja laitosympäristössä teologian opiskelijoille ja seurakuntapapeille sielunhoitoa sairaalappien työnohjauksessa. AAPC taas on lähinnä sielunhoitokeskuksissa toimivien erityissielunhoitajien yhdistys. Sen jäsenet voivat toimia myös kunnallisissa mielenterveyskeskuksissa tai yksityisinä ammatinharjoittajina.</p> <p>Tutkittavan aikakauskirjan nimi oli alun perin The Journal of Pastoral Care ja vuonna 2002 sen nimeen lisättiin "and Counseling". Seuraavana vuonna AAPC erosi julkaisijoista. Nämä muutokset kuvastavat niitä jännitteitä, joita perussielunhoidon (pastoral care) ja sen opiskelun sekä erityissielunhoidon (pastoral counseling) välillä on. Tutkimustuloksina saatiin, että jännitteet koskivat sekä sielunhoitajien kirkollista että sielunhoidon teologista identiteettiä. Keskustelu käsitteli sitä, millaiseksi muodostuu paikallisseurakunnasta erillään toimivien erityissielunhoitajien yhteys ja sitoutuminen uskonyhteisöön ja mieltävätkö he itsensä kirkon työntekijöiksi. Pinnan alla on myös eettinen kysymys sielunhoidon maksullisuudesta. Samoin keskusteltiin siitä, missä määrin sielunhoidon on oltava yhteydessä teologisiin juuriinsa. Tämän tutkimuksen mukaan yksimielisyys vallitsee siitä, että sielunhoidon teorian muodostuksessa psykologista ja psykoterapeuttista tutkimusta hyödynnetään ja niiden hoitomenetelmiä voidaan soveltaa sielunhoidossa unohtamatta uskonnollisia lähtökohtia.</p> <p>Näiden asioiden ratkaisut ovat vuorovaikutuksessa sielunhoidon käytäntöön: puitteisiin, tavoitteisiin, menetelmiin, hoitomalleihin, sielunhoidon tasoihin ja sielunhoitajan edellytyksiin. Tuloksena saatiin, että 35 tutkimusvuoden aikana eniten käsiteltyjä hoidettavien ongelmia JPCC:n artikkeleissa olivat tilannekriisit ja mielenterveyden ongelmat, joita hoidettiin sairaaloissa ja hoitolaitoksissa, mutta painopiste on siirtynyt psyykkisistä somaattisiin sairauksiin. Tavoitteista pidettiin tärkeimpinä avunsaamisen kokemusta ja elämäntilanteeseen sopeutumista. Psykodynaamisten tavoitteiden asettaminen on tutkimuskautena voimakkaasti laskenut, mutta uskonelämän hoitamiseen suhtaudutaan myönteisesti noin puolessa artikkeleista. Sielunhoidollisina toimenpiteinä käytettiin eniten kuuntelemista, tukemista ja hyväksymistä. Julistus ja opetus sekä tulkinta ovat olleet vähentymässä. Sielunhoito tapahtui keskustellen, mutta lähes kolmanneksessa artikkeleista käsiteltiin seurakuntayhteyttä ja rukousta, jonka korostaminen on tutkimusjaksona lisääntynyt. Hoitomalleista kaikissa ongelmaryhmissä käytettiin eniten lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa. Pitkien terapiasuhteiden sijaan suositeltiin ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa. Perussielunhoidon tasoa käsittelevien artikkelien määrä nousi ja erityissielunhoidon tasoa käsittelevien määrä laski noin 20 prosenttiyksikköä. Empatia, aitous, avoimuus ja kyky autettavan kunnioittamiseen saivat eniten myönteistä suhtautumista sielunhoitajan ominaisuuksina. Sielunhoitajan rooli on siirtynyt paimenen asiantuntijan roolista haavoitetun parantajan tai salaviisaan rooliin, jolloin luotetaan hoidettavassa piileviin parantaviin voimiin.</p> <p>Tällä vuosituhannella JPCC:ssä on löytynyt seurakunnissa ja sairaaloissa tehtävään työhön liittyvä sielunhoidon identiteetti.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords The Journal of Pastoral Care and Counseling Sielunhoito Pastoraalipsykoterapia Pastoral Care Pastoral Counseling			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

DISPOSITIO

1. JOHDANTO	1
1.1. Sielunhoito ja sen suuntaukset	1
1.1.1. Sielunhoidon määrittelyn haasteellisuus	1
1.1.2. Sielunhoidon nykysuuntaukset	3
1.2. Sielunhoidon ja pastoraalipsykologian kehitys 1980-luvulta lähtien	11
1.2.1. Sielunhoidon muutokset	11
1.2.2. Pastoraalipsykologinen tutkimus	22
1.3. Englanninkieliset sielunhoidon aikakauskirjat Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa sekä niiden aikaisempi tutkimus	34
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	43
2.1. Tutkimustehtävä	43
2.2. Tutkimusmenetelmä	44
2.3. Tutkimuksen suorittaminen ja luotettavuus	46
3. ARTIKKELIT JA NIIDEN KIRJOITTAJAT	54
3.1. Artikkelit	54
3.2. Artikkelien kirjoittajat	56
3.3. Kirjoittajien perustelut	61
4. HOIDETTAVAT JA HEIDÄN ONGELMANSA	64
4.1. Ikäryhmät ja sielunhoidon erityiskohteet	64
4.2. Hoidettavien ongelmat	70

5. SIELUNHOITOTILANNE	82
5.1. Puitteet	82
5.2. Tavoitteet	86
5.3. Menetelmät	89
5.3.1. Toimenpiteet	89
5.3.2. Välineet	94
5.4. Hoitomallit	102
5.5. Sielunhoidon tasot	118
5.6. Sielunhoitajan kyvyt ja edellytykset	122
6. SIELUNHOITO JA PSYKOTERAPIA	130
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET JATKOTUTKIMUKSELLE	139
8. TIIVISTELMÄ	144
9. LYHENTEET	147
10. LÄHTEET JA KIRJALLISUUS	148
10.1. Lähteet	148
10.2. Kirjallisuus	156
LIITTEET	167

1. JOHDANTO

1.1. Sielunhoito ja sen suuntaukset

1.1.1. Sielunhoidon määrittelyn haasteellisuus

Kristillisissä kirkkoissa tehtävän sielunhoitotyön määrittely tuntuu olevan yllättävän hankalaa. Se, mitä sielunhoito on, esitetään usein esimerkein tai tapauskertomuksin – myös uusimmissa sielunhoidon oppikirjoissa (ks. esim. Kiiski 2009, 9-10; Kettunen 2013, 13-14). Joissakin suomalaisissa artikkeleissa on todettu, että sielunhoidosta ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää tai sen tarkka määrittelemineen on vaikeaa (Hakala 2002, 237; Häkkinen 2009, 302). Myös Wikström (2000, 296) pahoittelee sitä, etteivät sellaiset aikakauslehdet kuin *Journal of Pastoral Care* tai *Journal of Psychology and Theology* ole nähneet erityisen suurta vaivaa käsitteellisen selvyyden luomisessa. Virtaniemen (1988, 12) mukaan sielunhoidon määrittely on löydettävä yhä uudelleen eri aikakausina ja erilaisissa yhteisöllisissä olosuhteissa. Myös Kettusen mielestä sielunhoito on käsitteenä vaikeasti määriteltävissä, eikä sitä ole tarpeenkaan kovin tarkasti tehdä, koska määritelmä voi kahlita ja tuhota sielunhoidon olemukseen kuuluvaa spontaanisuutta ja joustavuutta. Parempi olisi puhua symbolien avulla. Silti hän määrittelee sielunhoidon *kirkkojen ja uskonnollisten yhteisöjen piirissä tapahtuvaksi ihmisten auttamiseksi, joka kohdistuu ihmisen mieleen ja psyykkiseen kokemistodellisuuteen. Se on kristillisen uskon pohjalta lähtevää ihmisen psyykkistä ja hengellistä tukemista.* (Kettunen 2012, 265; 2013, 16, 18).

Sielunhoito voidaan jakaa yleiseen, yksityiseen ja erityiseen sielunhoitoon. Yleisellä sielunhoidolla tarkoitetaan sitä, että kirkon kaiken toiminnan tulisi olla ihmistä hoitavaa ja tukevaa eli sielunhoidollista, mutta sen lisäksi tarvitaan henkilökohtaista sielunhoidollista kohtaamista erityistilanteissa. (Kettunen 1997a, 51; 2013, 27). Perinteisesti sielunhoidolla on tarkoitettu vain yksityistä ja erityistä sielunhoitoa. Eeva Martikaisen mukaan *sielunhoidolla* sanan varsinaisessa merkityksessä *tarkoitetaan sellaista kirkon työntekijän antamaa ammattimaista apua tilanteissa, missä*

ihmistenvälinen jokapäiväinen kanssakäyminen ja keskustelu eivät enää riitä (Martikainen 1999, 7). Suomessa sielunhoitaja voidaan määritellä siis muuksikin kirkon työntekijäksi kuin papiksi, vaikka monissa määrittelyissä sielunhoito ymmärretään keskusteluksi papin kanssa avun ja tuen saamisen tarkoituksessa. Näin on laita Bostonin yliopiston professorin ja teologisen koulun sielunhoidon opetuksen ja tutkimuksen johtajan Homer L. Jerniganin määritelmässä: *Sielunhoito on pastorin ja yhden tai useamman apua etsivän ihmisen vuorovaikutusprosessi ongelmassa, joita he eivät ole kyenneet ratkaisemaan omin voimavaroin* (Jernigan 1981, 76). Keskeinen asia sielunhoidon määrittelyssä on myös se, että kanssakäyminen on tarkoitettu luottamukselliseksi (Kettunen 2005, 64; Häkkinen 2009, 302; Sorri 2009, 66).

Tärkeä asia sielunhoidon määrittelyssä on myös rajanveto psykoterapiaan: miten sielunhoito eroaa psykoterapiasta? Suomen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen akatemian vuonna 2006 antaman konsensuslausuman mukaan psykoterapia määritellään seuraavasti: ”Psyoterapiassa on kyse jäsennellystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.” (Duodecim 2006). Mielenterveyden keskusliitto määrittelee psykoterapian seuraavasti: ”Psykoterapia on mielenterveysongelmien ja elämän kriisien hoitamista keskustelun avulla psykoterapeuttisessa yhteistyösuhteessa” (Psykoterapia).

Mitä sielunhoidolla on näihin määritelmiin lisättävää? Wikströmin mukaan sielunhoito tarkoittaa hengellistä huolenpitoa, jota muodollisesti tai epämuodollisesti harjoitetaan uskonnollisen uskon lähtökohdista. Ensiksikin sielunhoito tapahtuu kirkollisissa puitteissa: vaikei tavattaisikaan seurakunnan tiloissa, sielunhoitaja on kirkon työntekijä tai tehtävään hyvin koulutettu maallikko – tavallaan siis maallikkotyöntekijä. Toiseksi sielunhoitajalla on valmius kohdata myös hengellisiä asioita, esimerkiksi Jumalan edessä koettuun syyllisyyteen tai elämän tarkoitukseen ja mielekkyyteen liittyvää problematiikkaa. Vakavat mielenterveysongelmat usein siirretäänkin psykoterapeutin hoidettaviksi. Mutta kirkollisessa perinteessä sielunhoitajalla on toisaalta tarvittaessa käytettävissään myös monia hengellisiä sielunhoidon välineitä, kuten Raamattu sekä muu hengellinen kirjallisuus ja musiikki, rukous, rippi tai ehtoollinen. Samoin Kettusen

mukaan sielunhoitajalta edellytetään perussitoutumista kirkon arvomaailmaan, mikä merkitsee valmiutta ja kykyä keskustella autettavan kanssa myös uskon kysymyksistä. (Geels & Wikstöm 2006, 327, 349; Kettunen 2012, 272-273).

Tässä mielessä Martikaisen ja Jerniganin sielunhoidon määritelmät ovat varsin osuvia. Verrattuna psykoterapian suurelle yleisölle tarkoitettuun määritelmään, niihin voitaisiin lisätä ainoastaan valmius hengellisten asioiden kohtaamiseen ja käsittelyyn: *sielunhoito on kirkon työntekijän antamaa ammatillista apua elämän vaikeuksissa tai hengellisissä asioissa vuorovaikutuksessa autettavan kanssa*. On kuitenkin syytä vielä mainita Rodgeronin (2008, 197) toteamus: Sielunhoitoa on vaikeaa kuvata sanoin – vastaavalla tavalla kuin polkupyörällä ajamisen oppimista. Vaikka tiedämme, kuinka ajaa polkupyörällä, meidän on vaikeaa tieteellisesti kuvata sitä tai kertoa toiselle tarkasti. Hänen täytyy itse katsoa, opetella ja kokea se. Samoin syntyy intuitiivinen käsitys sielunhoidosta.

1.1.2. Sielunhoidon nykysuuntaukset

Erään kattavimmista sielunhoidon eri suuntauksien luokitteluista on tehnyt norjalainen Tor Johan Grevbo (2006). Hänen luokittelunsa pohjautuu keskeisimpään 1900-luvulla ja 2000-luvun alkuvuosina julkaistuun sielunhoidon kirjallisuuteen. Grevbon luokittelua ovat Suomessa referoineet Hakala (2007), Kiiski (2009) ja Gothóni (2014).

Grevbo luokittelee sielunhoidon kahdeksaan eri hoitomalliin:

- keerygmaattinen (julistava) sielunhoito
- raamattuperustainen (evangelikaalinen) sielunhoito
- karismaattinen sielunhoito
- spirituaalinen sielunhoito
- seurakunnallinen (/seurakuntaperusteinen) sielunhoito
- syvyyspsykologinen (analyttinen) sielunhoito
- lähimmäiskeskeinen (terapeuttinen) sielunhoito
- sosiopoliittinen (yhteiskunnallinen) sielunhoito

(Grevbo 2006, 308–400; Hakala 2007, 232-249; Kiiski 2009, 36).

Raamattuperustainen sielunhoito tulee hyvin lähelle *keerygmaattista* mallia. Molemmissa käytetään sielunhoidollisina toimenpiteinä esimerkiksi neuvojen ja ohjeiden antamista sekä julistusta ja Raamatun opetusten tarjoamista keskustelukumppanille. Tavoitteena on uskonelämän kasvu ja elämäntapojen

uudistuminen Raamatun normien mukaisesti. Sielunhoitajan edellytyksenä pidetään hänen henkilökohtaista uskonvakaumustaan ja elävää jumalasuhdetta. Niinpä suomalaisissa sielunhoidon tutkimuksissa ei tätä ole eroteltu julistavasta sielunhoidosta omaksi kategoriakseen. (Hakala 2007, 233-234). Myös Gothóni (2014, 26) jättää jaottelussaan raamattuperustaisen sielunhoidon pois sillä perusteella, että raamattuperustaisuus voidaan liittää mihin tahansa sielunhoidon muotoon. Kerygmaattisen sielunhoidon edustajiksi Grevbo (2006, 315, 323) mainitsee mm. Eduard Thurneysenin, Thomas C. Odenin ja Deborah van Deusen Husingerin sekä raamattuperustaisen sielunhoidon edustajaksi mm. Jay E. Adamsin, Lawrence J. Crabbin, Garry Collinsin, William Backuksen ja Wayne E. Oatesin.

Hakala (2007, 235) mainitsee *karismaattisen sielunhoidon* työvälineiksi armolahjat, kuten profetoimisen, viisauden, parantamisen ja henkien erottamisen lahjat. Ennemminkin on kyseessä sielunhoitajan ominaisuuksista tai suositeltavista edellytyksistä tai sielunhoidollisista toimenpiteistä, mikäli sielunhoitaja rohkaisee, neuvoa, profetoi, rukoilee sairaiden puolesta tai parantaa heitä Pyhän Hengen avulla. Sielunhoidollisina välineinä käytetään edelleenkin keskustelua tai rukousta. Karismaattisessa liikkeessä sielunhoito liittyy usein liturgian yhteyteen ja tapahtuu alttarin läheisyydessä julkisessa tilassa toisten läsnä ollessa, mitä ei välttämättä koeta häiritseväksi, koska se koetaan osana yhteistä esirukousta. Tällaisessa yhteisöllisessä sielunhoidossa luottamuksellisuutta ja yksityisyyttä ei pidetä yhtä tärkeänä kuin erityissielunhoidossa. Myös tässä hoitomallissa sielunhoitajan oma henkilökohtainen uskonvakaumus on keskeinen lähtökohta ja hoidettavan uskonelämän vahvistuminen on sielunhoidon tärkeä tavoite. Sisäisen paranemisen lähestymistavan edustajia ovat Agnes Stanford, Betty Tapscott, John Wimber ja Ruth Carter Stapleton. Yhteistä julistavaan ja raamattuperustaiseen sielunhoitomalliin on sielunhoitajan aktiivinen ote sielunhoitotilanteessa eikä hoidettavan autonomiaan sielunhoidon tavoitteena juuri kiinnitetä huomiota. (Hakala 2007, 235 - 236; Kiiski 2009, 38; Kettunen 2013, 34). Vaikka karismaattisessa sielunhoidossa on omia erityispiirteitä, se voidaan siis niputtaa yhteen kahden edellisen sielunhoitomallin kanssa julistavan hoitomallin sateenvarjon alle.

Spirituaalisessa sielunhoidossa on kyse erityisesti hengellisestä ohjauksesta, jossa ihmistä johdatetaan kohti Jumalan syvien salaisuuksien ymmärtämistä (Grevbo 2006, 332.) Sielunhoidollisina välineinä voidaan käyttää myös meditointia ja hiljaisuutta.

Hengellinen arviointi- ja erottamiskyky suhteessa terveeseen ja sairaaseen uskonnollisuuteen tai oikeaan ja väärään syyllisyyteen on sielunhoitajan tärkeä ominaisuus, joka edellyttää häneltä omakohtaista Raamatun tutkimista, hiljaisuutta Jumalan edessä ja kuuliaisuutta hänen tahdolleen. Spirituaalisen sielunhoidon edustajia ovat esimerkiksi Wilfrid Stinissen, Wayne E. Oates, David G. Benner, Howard W. Stone ja Henry Nouwen. (Hakala 2007, 237–238; hengellisestä ohjauksesta ks. tarkemmin Wikström 1995, Häyrynen 1997 ja Kotila 2006).

Grevbosta poiketen suomalaisessa käytännössä hengellinen ohjaus on erotettu omaksi, sielunhoidosta erilliseksi toimintamuodokseen, jonka koulutus myös tapahtuu omana, sielunhoidon koulutuksesta erillisenä koulutuksena (Hakala 2007, 238). Gothónin (2014, 58) mukaan hengellinen ohjaus ei ole synonyymi sielunhoidolle, koska se keskittyy hengelliseen elämään ja jumalasuhteeseen. Sielunhoidossa käsitellään näiden lisäksi sosiaalisen vuorovaikutuksen, elämän kriisien ja olemassaolon kysymyksiä. Kiiski päätyy samaan ratkaisuun, mutta nimittää spirituaaliseksi sielunhoidoksi sellaista sielunhoidon mallia, jossa keskeisiä ovat perinteiset hengelliset välineet (Kiiski nimittää näitä elementeiksi): Raamattu, rippi, virret, rukous ja siunaus (Kiiski 2009, 107-108).

Seurakunnallinen sielunhoito pohjautuu Lutherin näkemykseen sielunhoidosta kristittyjen keskinäisenä keskusteluna ja huolenpitona (oikeammin lohduttamisena, ks. Mannermaa 1997, 15). Sielunhoidon piiriin luetaan kuuluvaksi siten myös suru- ja eroryhmät sekä myös yleinen sielunhoito, joka toteutuu kirkon julistuksessa, opetuksessa, jumalanpalveluselämässä, sakramenteissa ja kristittyjen yhteydessä. Tämän suunnan edustajiin voidaan katsoa kuuluviksi Jan T. de Jongh van Arkell, Don Browning, Charles V. Gergin, Thomas C. Oden, John Patton, Howard W. Stone ja David Lyall. (Hakala 2007, 238-240, Grevbo 2006, 350). Grevbo lukee Kiisken mainitseman spirituaalisen sielunhoidon seurakunnallisen sielunhoidon laajan sateenvarjon alle, jota Kiisken mielestä olisi ollut hyvä jakaa selkeisiin alaluokkiin (Kiiski 2009, 39).

Hämmennys syntyy siitä, jos sielunhoito jaetaan kategorioihin sen mukaan, missä puitteissa se tapahtuu. Esimerkiksi Kiiski lisää sielunhoitokäytäntöihin vielä toimituskeskusteluihin liittyvän sielunhoidon omaksi luokakseen (Kiiski 2009, 41). Myös Gothóni (2014, 111 – 113) ottaa esimerkiksi sairaalasielunhoidon sielunhoidon erityistyömuodoksi. Eivät puitteet - ovatpa ne sitten seurakunnalliset tai eivät - ratkaise sielunhoidossa käytettyjä toimenpiteitä, välineitä tai hoitomalleja. Psykiatrisen sairaalan

pappi voi osastollaan toimia julistavan sielunhoidon periaatteiden mukaisesti käyttäen Raamattua, rippiä, virsiä ja rukousta ja vastaavasti seurakuntapastori voi toimituskeskustelussa omaisten kanssa toimia esimerkiksi puhtaan rogersilaisen terapiamallin mukaisesti heijastaen vain omaisten tunteita takaisin mainitsematta sanaakaan Jumalasta tai käyttämättä lainkaan perinteisiä sielunhoidon hengellisiä välineitä. Se ratkaisee, millaiseen hoitomallin käyttöön sielunhoitaja on orientoitunut eikä se missä puitteissa tai ympäristössä hän toimii. Tämä tulee selkeästi esille juuri suhtautumisessa spiritualiteettiin. On siis ongelmallista ottaa seurakunnallista sielunhoitoa omaksi hoitomallikseen, kuten Grevbo tekee. Se voidaan paremmin jakaa kuuluvaksi esimerkiksi yleiseen sielunhoitoon (jumalanpalvelus, sakramentit), julistavaan sielunhoitoon tai lähimmäiskeskeiseen sielunhoitoon käytetyn hoitomallin mukaisesti.

Itse asiassa siis Grevbon seurakunnallinen sielunhoito ei ole oma sielunhoidon suuntaus tai hoitomalli, vaan de Jongh van Arkelin pyramidimallissaan hahmottama sielunhoidon alin taso, keskinäinen huolenpito (mutual care), jota voidaan nimittää myös lähimmäisyydeksi (de Jongh van Arkel 2000, 160, 161; Kettunen 2012, 274). De Jongh van Arkelin mallista ja sen yhdistämisestä Grevbon sielunhoitomalleihin: katso luku 1.2.1., sivut 13-15.

Eri asia sitten on, miten edellä kuvatut hoitomallit käytännössä ihmisten auttamiseksi toimivat: koko kliininen sielunhoidon koulutus sai alkunsa siitä Anton T. Boisenin kokemuksesta, että laiskojen pappien huonosti valmistellut saarnat vaikuttivat psykiatrisen sairaalan potilaisiin vain haitallisesti (Bruder 1953, 27; Hedman 1971, 237–238). Hoidettavan kohdattua tilannekriisin, hänet ohjataan kriisisielunhoitoon tai sururyhmään tai parisuhdeongelmissa avioliitto- tai perheneuvontaan. Tällaisten erityissielunhoitojen sisältö muotoutuu käytännössä ongelmasta käsin (Clinebell 1984, 183, 218, 243, 283), mutta hengellisten välineiden käyttö voi silti vaihdella suurestikin.

Terapeuttisesti painottuneen sielunhoidon Grevbo jakaa kahdeksi eri hoitomalliksi: *syvyyspsykologiseksi eli analyttiseksi ja lähimmäiskeskeiseksi sielunhoidoksi*. Syvyyspsykologisen sielunhoidon Grevbo jakaa freudilaiseen, jungilaiseen ja pastoraalis-lääketieteelliseen sielunhoitoon, jossa on keskeistä ihmisen psyykkisen, somaattisen ja hengellisen ulottuvuuden huomioon ottaminen ja psykosomaatiikan merkityksen korostaminen. (Grevbo 2006, 351; Hakala 2007, 241–242). Varsinkin

kahden ensimmäisen kohdalla liikutaan jo psykoterapian ja sielunhoidon välimaastossa, mutta koska esimerkiksi Suomessa psykoanalyttisen tai muun syvyyspsykologisen terapiakoulutuksen saaneet perheneuvojat työskentelevät kirkon viroissa, heidän työnsä voidaan tältä osin luokitella analyttisen sielunhoidon kategoriaan (Hakala 2007, 242, Kiiski 2009, 39). Freudilaisen suunnan edustajiksi Grevbo (2006, 364 -366) lukee esimerkiksi Oskar Pfisterin, Joachim Scharfenbergin ja Hans-Joachim Thilon, jungilaisen tradition edustajiksi mm. Otto Haendlerin ja Christopher Perryn sekä pastoraalis-lääketieteellisen suunnan edustajaksi mm. Helen Flanders Dunbarin.

Grevbo nimittää lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa myös terapeutiseksi (Grevbo 2006, 367) - niin kuin analyttinen tai joku muu hoitomalli ei sitä olisi - mutta painotus lienee siinä, että tässä hoitomallissa vaikutteita ammennetaan psykoterapian maailmasta esimerkiksi julistavaa sielunhoitoa enemmän. Tällä sielunhoitomallilla hän tarkoittaa sitä näkemystä, joka edustaa valtavirtaa amerikkalaisessa sielunhoitoliikkeessä ja myös suomalaisessa sielunhoidossa ja jolla on kolme juurta: Anton Boisen ja kliininen sielunhoitokoulutus, prosessiteologia ja Paul Tillichin korrelaatiomenetelmä – jonka mukaan teologian ja ihmisen elämäntilanteen tulee olla vuorovaikutuksessa keskenään (Kettunen 2013, 25) - sekä Carl Rogers ja humanistinen psykologia. Suomeen tämä suuntaus tuli 1960-luvun lopulla Irja Kilpeläisen vaikutuksesta (Hakala 2007, 243-245). Pioneeriaikojen edustajina Grevbo (2006, 385) mainitsee Boisenin lisäksi Richard C. Cabotin; kukoistuskauden edustajina Seward Hiltnerin, Paul E. Johnsonin, Daniel Day Williamsin, Russell L. Dicksin ja Thomas W. Klinkin sekä amerikkalaisista nykyedustajista Howard J. Clinebellin, David K. Switzerin, Carroll A. Wisen, Wayne E. Oatesin sekä Charles V. Gerkinin.

Lauri Kruusin väitöskirjassaan esittämästä kolmijaosta: julistava, hoitava ja osallistuva sielunhoito, hoitava sielunhoito edustaa puhtaasti Rogersin ja Kilpeläisen ei-ohjaavaa menetelmää ja osallistuva sielunhoito enemmän vuorovaikutussuhteeseen perustuvaa Grevbon tarkoittamaa lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa (Kruus 1980, 51). Sorri (2009, 68) ja Kiiski (2009, 86) käyttävät tästä osuvaa nimitystä dialoginen sielunhoito, jossa tullaan varsin lähelle lähimmäiskeskeisen sielunhoidon näkemyksiä, mutta dialogisen sielunhoidon työskentelytavassa korostuu sielunhoitajan aktiivisempi rooli.

Viimeisenä Grevbon jaottelussa on *sosiopoliittinen hoitomalli*, joka tähtää erilaisten sosiaalisten ja poliittisten näkökohtien huomioon ottamiseen ja yhteiskunnallisen

epätasa-arvon poistamiseen. Tästä vapautuksen teologiasta vaikutteita saaneesta hoitomuodosta käytetään myös nimitystä profeetallinen sielunhoito. Tämän suunnan edustajina voidaan mainita esimerkiksi William E. Hulme, Charles V. Gerkin, Howard J. Clinebell ja teemaan liittyvä kansainvälinen verkosto International Pastoral Care Network for Social Responsibility (IPCNSR) sekä Helmut Weissin johdolla 1995 järjestäytynyt Society for Intercultural Pastoral Care and Counselling (SIPCC). (Grevbo 2006, 398-399; Hakala 2007, 246-248). Tämän hoitomallin soveltaminen suomalaiseen sielunhoitoon on ollut toistaiseksi vähäistä; asevelipappien yhteisöllistä sielunhoitotyötä tai diakoniaa voidaan ehkä pitää jossain määrin sen suomalaisina variantteina (Gothóni 2014, 43).

Hakala (2007, 249–251) lisää Grevbon luokitteluun vielä diakonisen sielunhoidon. Se nousee suomalaisen auttamistyön kontekstista käsin, jossa yhdistellään useamman sielunhoitonäkemyksen, kuten yleisen sielunhoitotyön yhteisöllisyyden korostamisen sekä spirituaalisen ja erityisesti profeetallisen hoitomallien elementtejä.

Kiiski erottaa Grevbohon pohjautuen Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa dialogisen, diakonisen, spirituaalisen ja tavoitesuuntautuneen eli ratkaisukeskeisen sielunhoidon mallin. Häneen tekemänsä kyselytutkimus osoitti, että nämä mallit kattavat lähes kaiken yleisen seurakuntatyön puitteissa tehdyn sielunhoitotyön. Kiisken mukaan diakonisessa sielunhoidossa asiakasta pyritään auttamaan ottaen huomioon myös hänen aineelliset ja sosiaaliset tarpeensa, niin kuin diakoniatyössä menetellään. Tällöin liikutaan sielunhoidon ja diakonian rajapinnalla, mutta tällainen ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen voidaan hänen mukaansa lukea myös sielunhoidon piiriin. Mutta hän lisää tähän hoitomalliin kuuluvan kiinteänä osana myös dialogisen sielunhoidon, mahdollisesti myös spirituaaliseen sielunhoitoon kuuluvien hengellisten elementtien käyttämisen (Kiiski 2009, 49–50).

Hoitomallit menevät siis sekaisin. Käytännössä on totta, ettei kukaan sielunhoitaja pitäydy työssään vain yhteen hoitomalliin, vaan käyttää useiden hoitomallien menetelmiä joustavasti (Kiiski 2009, 12). Myöskään Grevbon kahdeksan hoitomallia eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan niissä on myös osittain päällekkäisiä piirteitä (Hakala 2007, 232). Silti liikutaan vaarallisilla vesillä, mikäli sielunhoidon hoitomallit määritellään työntekijän ammatti- tai virkanimikkeeseen mukaan. Vastaava hämmennys todettiin edellä Grevbon seurakunnallisen hoitomallin käsittelyn yhteydessä, mikäli

hoitomallit luokitellaan sen mukaan, missä puitteissa sielunhoitoa tehdään. Diakoniatyöntekijä voi edustaa työssään mitä tahansa omaksumaansa hoitomallia jatkumolla julistavasta sielunhoidosta analyyttiseen terapiaan (mikäli hänellä on tähän koulutus) tai yhdistellä näitä joustavasti, ja siksi on tarkoituksenmukaista erotella eri hoitomallit vain niiden omasta sisällöstä käsin, vaikka käytetty sielunhoidon malli usein nouseekin hoidettavan ongelmasta ja noudattaa usein myös koulutuksen laajuuden suhteen ammattikuntarajoja. Suomalainen seurakuntadiakonia – sen muoto ja toteutustapa – on kansallinen erityispiirre: vastaavaa seurakuntatyöhön niveltuvää diakoniatyön mallia ei löydy muualta maailmasta (Latvus 2007, 52). Siksi selkeämpää on jaotella sielunhoitajan toiminta esimerkiksi sen mukaan, millaisen roolin hän on omaksunut, kuten tekee Ruotsalainen (2009, 80-82), joka jakaa sielunhoitajan paimenen, kuuntelijan, valmentajan ja keskustelukumppanin rooliin.

Hakala (2002, 238–241, 249) esittelee omaan ja Kettusen tutkimukseen pohjautuen kolme eri sielunhoitonäkemystä: hengellinen, intentionaalinen ja yleinen sekä terapeutin sielunhoitonäkemys. Neljäntenä on vielä ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Omassa väitöskirjassaan hän havaitsi sielunhoidon erityiskoulutuksessa olevien jakautuvan terapeutisest suuntautuneisiin, hengellisest suuntautuneisiin sekä kokonaisvaltaisiin sielunhoitajiin. Viime mainitut työskentelivät pääasiassa kehitysvammaisten ja vanhusten parissa. Sielunhoitajan identiteetin hän jakaa seuraaviin kategorioihin: empaattinen kuuntelu (empatia, kyky kuunnella), myönteinen kunnioitus (lämpö, vakavasti ottaminen, kunnioittaminen, mielenkiinto, kyky muodostaa ihmissuhteita, rauhantahtoisuus), aktiiviset ohjantataidot (analyyttiset taidot, kyky haastaa toimintaan, terapeutiset tiedot ja taidot, ammatillisuus), kestävyys (sitkeys, sietokyky, luotettavuus), itsetuntemus (omien ongelmien tunteminen ja prosessointi, omien rajojen tunnistaminen, elämäkokemus, itsetunto), persoonalliset ominaisuudet (ulkoiset piirteet, käytännöllisyys, lahjakkuus, elämänasenne, tehokkuus) sekä hengellisyys. (Hakala 2001, 138–146, 174).

Kiiskan yleiseen seurakuntatyöhön pohjautuvan tutkimuksen ulkopuolelle jää siis sairaalasielunhoito ja esimerkiksi perheneuvontatyö. Siksi hän lisää Grevbon malleihin vielä ratkaisukeskeiseen ajatteluun pohjautuvan tavoitesuuntautuneen sielunhoidon sekä perheterapiaan perustuvan sielunhoidon, joka tarkastelee autettavaa systeemisestä kokonaisuudesta käsin ja jota voidaan verrata myös ryhmäterapiaan. Niinpä hän lisää sielunhoidollisiin menetelmiin perheneuvonnassa käytettyjä välineitä, kuten

elämänjana, verkostokartta, sukupuoli, aarrekartta sekä ongelman ulkoistamisen ja tyhjän tuolin tekniikat. (Kiiski 2009, 43–45, 209, 220; näiden menetelmien tarkemmasta käytöstä ks. s. 209–224).

Ratkaisukeskeisyydelle on tyypillistä huomion kiinnittäminen elämän positiivisiin puoliin ja niihin poikkeuksiin, jolloin vaikeuksia ei esiintynyt. Sielunhoidon tavoitteet sovitaan yhdessä mahdollisimman konkreettisesti. Hoitosuhde on yleensä lyhytkestoinen. Tämän menetelmän ongelmana on pidetty sen luisumista minä-sinä -suhteesta minä-se -suhteeseen, joka vaatii autettavalta enemmän. Tällöin keskitytään liiaksi toimintaan ja ihmisen ja ympäristön suhteisiin, jolloin sisäiset ristiriidat unohtuvat. Toisaalta ihmisten asettaessa tavoitteet itse he pyrkivät myös sitoutumaan niihin ja syntyy kokemus arvokkuudesta ja vastuusta omasta elämästä. Tulosten näkeminen on nopeampaa ja niiden saavuttaminen tuntuu todennäköisemmältä kuin esimerkiksi psykodynaamisessa menetelmässä. (Kiiski 2009, 158-159, 165; Gothóni 2013, 34-36). Myös Hakalan (2007, 245) mukaan ratkaisukeskeiset lähestymistavat, joissa sielunhoitajan rooli on aktiivisempi, kuin perinteisessä lähimmäiskeskeisessä sielunhoidossa, ovat tulleet antamaan vaikutteita sielunhoidon kokonaisuutensa, joskin hän laskee nämä osaksi suurta dialogisen sielunhoidon sateenvarjoa.

Gothóni (2014, 36 – 38) esittelee vielä voimavarakeskeisen sielunhoidon, joka on kehittynyt tavoitesuuntautuneesta mallista ja jonka taustalla on sosio-konstruktivistinen ajattelu. Sen mukaan yhteisiä merkityksiä luodaan sosiaalisessa todellisuudessa ja keskinäisessä dialogissa. Apua hakevan ihmisen elämän uudelleen jäsentämisen materiaalina ovat *narratiivit*. Onnistunut identiteetin rakentaminen edellyttää tarinaa elämän merkityksestä ja tarkoituksesta. Kerrottu tarina voi vaikuttaa identiteettiin. Ihminen kuvaa ja tulkitsee elämäänsä ja ongelmiaan kertomusten välityksellä. Tavoitteena on positiivinen uudelleentulkinta, voimavaraistuminen ja myönteisten mahdollisuuksien näkeminen. Vaarana tässä mallissa on, että sielunhoitaja aktiivisena osapuolena voi manipuloida tavoitteita ja että hengelliset kysymykset unohdetaan. Haasteena on vaatimus dialogisuudesta eli pyrkimyksestä yhteisen ymmärryksen syntymiseen ja sen muuttumiseen. Etuna on se, että kiinnitetään huomio ihmisen omiin voimavaroihin ja hyödynnetään hänen omia taitojaan ja osaamistaan.

1.2. Sielunhoidon ja pastoraalipsykologian kehitys 1980-luvulta lähtien

1.2.1. Sielunhoidon muutokset

Sielunhoidossa on tapahtunut muutoksia 1980-luvulta alkaen ainakin seuraavissa asioissa:

- yleisen sielunhoidon ja yhteisöllisyyden merkitystä korostetaan aiempaa enemmän. Tämän johdosta termit *pastoral care* ja *pastoral counseling* on määritelty selvemmin ja on löydetty relevantti ja käytännöllinen ratkaisu kulloinkin käytettävästä sielunhoidon tasosta menetelmiseen ja välineeseen.
- spiritualiteetin ja narratiivin merkityksen nousu
- sosiopoliittisen eli profeettallisen sielunhoidon esiinmarssi
- erilaiset lyhytsielunhoidon samoin kuin ratkaisukeskeiset ja systeemiset lähestymistavat on nostettu vanhojen hoitomallien rinnalle
- sielunhoidon ja psykoterapian dikotomiassa painotus on kääntynyt terapian kustannuksella perinteisten sielunhoidon hengellisten sisältöjen ja välineiden korostamiseen sekä hoidettavan eksistentiaalisen ahdistuksen hoitamiseen

Yleistä sielunhoitoa, joka toteutuu kirkon julistuksessa, opetuksessa, jumalanpalveluselämässä, sakramenteissa ja kristittyjen yhteydessä ei välillä välttämättä edes mielletty sielunhoidoksi johtuen siitä, että sielunhoidon koulutuksessa yleisen sielunhoidon painotukset jäivät taka-alalle (Hakala 2007, 239, 251; Kettunen 2013, 146). Koulutusta pidettiin liian kliinisenä eikä sitä ollut välttämättä tarjolla kuin sielunhoidon erityistehtävissä oleville. Viime aikoina on alettu tehdä ero termien *pastoral care* ja *pastoral counseling* välillä. Tämä näkyy myös tämän tutkimuksen kohteena olevan aikakauskirjan nimen muuttumisessa vuonna 2003. Samalla myös yhteisöllisen aspektin merkitystä sielunhoidossa on alettu ymmärtää entistä paremmin erityisesti sellaisten maiden sielunhoitotyöhön tutustumisen seurauksena, missä valtaosa toiminnasta toteutuu vapaaehtoisvoimin (Hakala 2007, 250). Kettusen mielestä kaikki seurakunnallinen toiminta tulisi olla sielunhoidollista ja ollakseen sielunhoidollinen yhteisö kirkossa tulisi toteutua vuorovaikutuksellinen seurakuntaelämä ja käytäntö, jolle on ominaista avoimuus, tasaveroisuus, osallisuus ja solidaarisuus. Valitettavasti esimerkiksi jumalanpalveluselämän ja sielunhoidon tutkimus ja niiden kehittäminen ovat Suomessa kulkeneet toisistaan erillään ja jumalanpalvelusta koskevassa kirkollisessa päätöksenteossa on vaikeaa ottaa huomioon sielunhoitotyöstä saatu käytännön kokemus esimerkiksi ripin liturgisen käytön ohjeistuksessa. Siksi

jumalanpalveluksen ja sielunhoidon keskinäistä kommunikaatiota tulisi lisätä. (Kettunen 2013, 150, 264 – 268; Kettunen 2013a, 99).

Benner jakaa seurakunnallisen toiminnan neljään sisäkkäiseen kehään, joista laajin on kristittyjen yhteys (Christian Friendship). Parhaimmillaan se toteutuu silloin, kun perheenjäsenet ja ystävät pitävät huolta toisistaan lähimmäisrakkauden hengessä. Seuraava, sisempi kehä tarkoittaa papin työtä yleensä (Pastoral Ministry), mikä toteutuu esimerkiksi julistuksessa, opetuksessa, jumalanpalveluksen johtamisessa, hallinnossa ja myös yleisessä sielunhoidossa. (Benner 2008, 16–19).

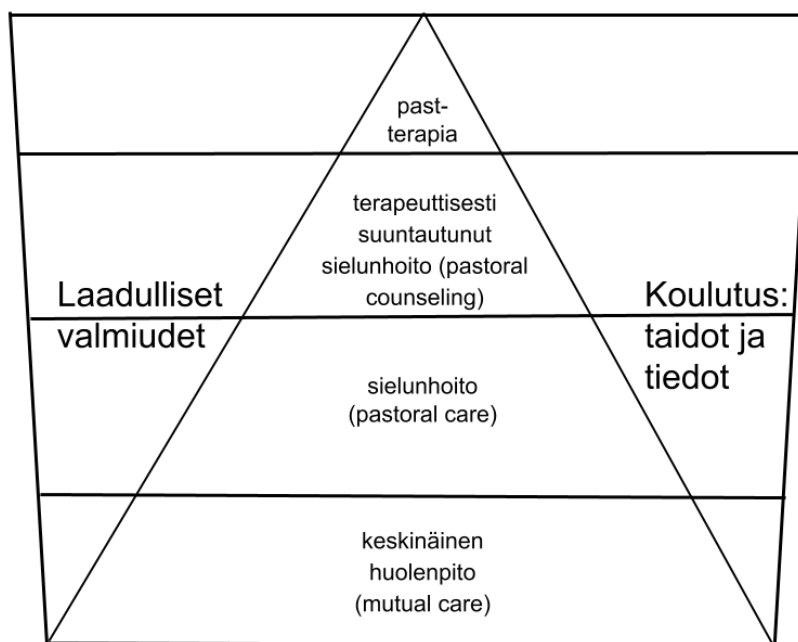
Kolmas kehä on nimeltään sielunhoito (Pastoral Care). Sillä tarkoitetaan paitsi yleistä sielunhoitoa, myös kirkon työntekijöiden sekä myös koulutettujen maallikoiden käymiä keskusteluja, mitkä tapahtuvat luontevasti jokapäiväisen elämän normaalissa kanssakäymisessä. Ne voivat tapahtua myös sovitusti kodeissa sairas- tai surukäynneillä tai seurakunnan tiloissa eivätkä edellytä välttämättä ammatillista erityiskoulutusta, mutta kylläkin kuuntelutaitoja. Pastoral care tulee Bennerillä siis myös lähelle luterilaisen perinteen termiä ”veljien keskinäinen keskustelu ja lohduttaminen” (ks. Mannermaa 1997, 15).

Viimeinen, neljäs ja sisin kehä sisältävät sekä sielunhoidollisen ohjannan eli terapeuttisen sielunhoidon että hengellisen ohjauksen (Pastoral Counseling ja Spiritual Direction). Termillä pastoral counseling tarkoitetaan sielunhoitoa, mikä edellyttää kirkon virassa olevalta sielunhoitajalta erityiskoulutusta. Se voi tapahtua esimerkiksi sairaalasielunhoidon tai perheneuvottelutyön puitteissa, mutta myös paikallisseurakunnassa ja on luonteeltaan usein terapeuttisesti orientoitunutta. Hengellisen ohjauksen päämääränä taas on ohjattavan kasvu suhteessaan Jumalaan - ei henkilökohtaisten ongelmien käsittely (Benner 2008, 19-28).

Pastoral counseling tulee jossain määrin lähelle Martikaisen esittämää kirkon työntekijän antamaa ammattimaista apua, vaikka sielunhoidon sanan varsinaisessa merkityksessä (Martikainen 1999, 7) voidaanakin katsoa sisältävän myös pastoral caren, sikäli kun keskustelu tapahtuu sovitusti ja/tai luottamuksellisesti. Kyseessä on vastaava ero analogisesti, kuin yleis- ja erikoislääkärin välillä, vaikka monet amerikkalaiset teoreetikot ja myös kanadalainen kliininen käytäntö osoittavatkin, että yhtäläisyyksiä on paljon enemmän kuin eroja (O'Connor 2003, 7-13). Molemmat termit käännetään

suomeksi sanalla sielunhoito ja The Journal of Pastoral Care and Counseling käsittelee artikkeleissaan nimensä mukaisesti molempia.

Myös de Jongh van Arkel jakaa sielunhoidon neljään tasoon: Keskinäinen huolenpito (mutual care), sielunhoito (pastoral care), terapeuttisesti orientoitunut sielunhoito (pastoral counseling) ja pastoraaliterapia (pastoral therapy). Kettunen (2012, 274; 2013, 67) suomentaa nämä termit selittävämmiin: Keskinäinen sielunhoito, paikallisseurakunnan pastoraalinen sielunhoito, terapeuttisesti suuntautunut erityissielunhoito ja (kansainvälisen terminologian mukaan) pastoraalipsykoterapia. Tasolta seuraavalle siirryttäessä kasvavat sielunhoitajan edellytykset: laadulliset valmiudet sekä sielunhoidon erityiskoulutuksen tarve. Toimijoiden määrä vastaavasti vähenee ja valikoituu. Tätä de Jongh van Arkel havainnollistaa pyramidikuviolla, jonka vieressä olevat sektoriviuhkat kuvaavat edellytyksien kasvutarvetta (Kuvio 1). (de Jongh van Arkel 2000, 160-161).



Kuvio 1 Sielunhoidon neljä erilaista tasoa de Jongh van Arkelin mukaan

Terapeuttisesti suuntautunut sielunhoito (esimerkiksi perheneuvonta tai psykiatrinen sairaalasielunhoito) on pelkkää sielunhoitoa intensiivisempi ja strukturoituneempi

sisältäen usein sovitut tapaamisajat ja –paikat. Siinä yhdistetään teologia ja uskonto käyttäytymistieteiden oivalluksiin. Pastoraaliterapiassa taas käytetään yleensä pitkäkestoisia terapeutisia metodeja ja käsitellään syvemmällä olevia ongelmia kuin terapeutisesti suuntautuneessa sielunhoidossa. Siinä hyödynnetään psykoterapian menetelmiä hengellisestä ja teologisesta perspektiivistä. Molemmat ryhmät mielletään ammattiauttajiksi, joiden vastuuvollisuus kohdistuu ensisijaisesti uskonyhteisöön ja vasta toissijaisesti ammatilliseen organisaatioon, mikäli he ovat kirkon työntekijöitä. He ovat sitoutuneet kirkon arvomaailmaan, mutta psykoterapeuttikoulutuksensa perusteella heillä on valmius sisäistyneellä tavalla kyky ottaa uskonnollisiin kysymyksiin välimatkaa ja tarkastella niitä neutraalisti. Tällainen työskentely voi olla merkittävää sellaiselle, joka kärsii epäterveestä uskonnollisuudesta tai julmasta jumalakuvasta. Mutta jos pastoraalipsykoterapeutti toimii yksityisenä ammatinharjoittajana, hänen oletetaan noudattavan puolueettomuutta vakaumukseen liittyvissä kysymyksissä ja tällöin hän joutuu kaksoisroolissaan identiteetti-ongelmaan siitä, kuka hän oikein on. (de Jongh van Arkel 2000, 160–166; de Jongh van Arkel 2000a, 107, 188-189, 199; Hakala 2007, 299; Kettunen 2013, 69-70).

de Jongh van Arkelin jaottelu on hyvin samantapainen kuin Bennerillä; hän vain yhdistää yleisen sielunhoidon keskinäiseen huolenpitoon ja lisää pastoraaliterapian tason. Vastaavanlaiseen jaotteluun kolmeen eri sielunhoidon tasoon (pastoral care, pastoral counseling ja pastoral psychotherapy) on tehnyt jo Clinebell (1984, 26) käsikirjansa uudistetussa laitoksessa.

Kun monissa sielunhoidon kansainvälisissä kokouksissa on ollut esillä toistaiseksi ratkaisemattomana kysymyksenä se, miten uusi psykoterapeuttisesti orientoitunut sielunhoito voidaan yhdistää kirkon sielunhoidon vanhaan perinteeseen ja käytäntöön (Virtaniemi 2000, 11), niin nyt on siis löytynyt eräänlainen konsensus käytettävästä sielunhoidon psykoterapeuttisesta syvyydestä riippuen hoidettavan ongelmasta ja sielunhoitajan koulutuksesta (kuvio 2).

<u>De Jongh van Arkel</u>	<u>Grevbo</u>		
Pastoraalipsykoterapia (Pastoral therapy)	Syvyyspsykologinen (analyyttinen) sielunhoito		Sosio- poliittinen (yhteis- kunnallinen) sielun- hoito
Terapeuttisesti suuntautunut sielunhoito (Pastoral counseling)		Lähimmäis- keskeinen (dialoginen) sielunhoito	
Sielunhoito (Pastoral care)	Julistava sielun- hoito	Suru- ja eroryhmät (”Seurakunnallinen sielunhoito”)	
Keskinäinen huolenpito (Mutual care)			

Kuvio 2: De Jongh van Arkelin sielunhoidon tasot ja Grevbon sielunhoidon suuntaukset yhdistettyinä

Grevbon luokittelemat hoitomallit voidaan yhdistää de Jongh van Arkelin neljään tasoon siten, että kolmella alimmalla sielunhoidon tasolla (mutual care, pastoral care ja pastoral counseling) käytetään lähimmäiskeskeistä (dialogista) hoitomallia ja kahdella alimmalla tasolla (mutual care ja pastoral care) voidaan tapauksesta ja sielunhoitajasta riippuen käyttää myös julistavaa sielunhoitoa (kerygmaattinen, raamattuperustainen tai karismaattinen sielunhoito). Pastoraaliterapian tasolla voidaan käyttää luonnollisesti syvyyspsykologista sielunhoitoa. Keskinäisen huolenpidon taso vastaa Grevbon seurakunnallista sielunhoitoa Lutherin lohduttamisen merkityksessä, mutta tähän yleiseen sielunhoitoon eli seurakunnan jäsenten toisistaan huolehtimiseen sisältyy muista tasoista poiketen ajatus vastavuoroisuudesta (de Jongh van Arkel 2000a, 15). Tällaista lähimmäisyyttä (Kettunen 2012, 274) maallikotkin voivat tietysti harjoittaa joko julistavasti tai lähimmäiskeskeisesti painottaen. Suru- ja eroryhmät ammatillista osaamista enemmän vaativina sijoittuvat kuitenkin pastoral caren alueelle. Kun Grevbon spirituaalisessa sielunhoidossa on kyse itse asiassa hengellisestä ohjauksesta, jää jäljelle hänen jaottelussaan enää sosiopoliittinen sielunhoito, joka profeettallisella asenteellaan voi tapauskohtaisesti läpäistä kaikki tasot. Käytettävä taso vaikuttaa sielunhoidollisiin

toimenpiteisiin ja välineisiin, joskin suhde esimerkiksi spiritualiteettiin jää edelleen sielunhoitajasta riippuvaiseksi.

Spiritualiteetin ja hengellisen ohjauksen suhde sielunhoitoon on 1990-luvulta lähtien noussut entistä korostuneemmin esille (ks. esim. Kettunen 1990a, 336; Kettunen 1997a, 64,65). Kun sielunhoidossa oli otettu käyttöön psykoterapeuttisia menetelmiä, sen piirissä kasvoi reaktiona tähän kehitykseen kiinnostus myös hiljaisuuden viljelyyn ja retiriitteihin, sillä elämän mystisen ulottuvuuden ja hengellisen elämän koettiin jäävän liian vähälle huomiolle (Kettunen 2013, 33, 34). Myös työnohjauksen suhteen suorastaan ironisesti huomautettiin, ettei spiritualiteetilla ollut 1990-luvun puolivälissä tärkeää paikkaa suurimmassa osassa amerikkalaisessa kirkollisessa työohjauksessa (Clift 1997, 12). Niinpä vuonna 1997 työnohjaajien valtakunnallisten neuvottelupäivien teemana USA:ssa oli spiritualiteetti ja työnohjaus (Jaatinen 2006, 5). Vastaavanlainen tilanne tuntuu olevan myös Suomessa, jossa hengellisiä kysymyksiä käsiteltiin työnohjaajien tavoitteita koskevan Ahteenmäki-Pelkosen tutkimuksen (2011, 147) mukaan varovaisesti.

Sielunhoidollinen ajattelu on noudattanut eräänlaista dialektista prosessia, jossa perinteisestä sielunhoidosta heilahdettiin psykoterapian suuntaan ja taas takaisin spiritualiteetin kysymysten pohdintaan. (Ruotsalainen 2009, 80; Kettunen 2013, 44). Koska sielunhoidossa on aina mukana jonkinlainen hengellinen perspektiivi, myös sielunhoitajan omaan hengelliseen elämään on hyvä kiinnittää huomiota (Kiiski 2009, 248). Spiritualiteetin piirissä rippi ja sielunhoito ymmärretään osana koko laajaa spiritualiteetin käsitettä, joskin myönnetään, että tietyissä tilanteissa ripin sijaan on syytä pitäytyä selkeässä pastoraalipsykologisessa tai pelkästään psykologisessa keskustelumallissa tai suorastaan ohjata eteenpäin tarpeellisen avun luokse (Lankinen 2003, 354, 359).

Viime kädessä ongelma pohjautuu myös siihen, missä määrin sielunhoitajat pystyvät integroimaan teologisen tutkimuksen papin työhön. Klassiset, rationalistiset teologisen reflektion mallit eivät ole valmiita yhdistymään empiirisiin metodeihin ja intuitiivisiin tiedon muotoihin. Varhaisessa CPE-kirjallisuudessa Tillichin korrelaatiomenetelmä (teologian ja ihmisen elämäntilanteen tulee olla vuorovaikutuksessa keskenään) sai paljon huomiota ja prosessiteologia vastaavasti 1960- ja 1970-luvuilla. 1980-luvulla tuli narratiivinen teologia ja hermeneuttinen malli, jonka mukaan jokaisen henkilön

tarina voidaan kertoa sekä autenttisella teologisella kielellä että tieteellisellä psykologisella kielellä. Thornton totesi optimistisesti vuonna 1990, että näiden integraatio ei sumenna kumpaakaan, vaan yhdistää ne vahvistamaan sekä papin työhön liittyvien tarinoiden voimaa (dynamiikkaa) että merkitystä (kuvat ja symbolit). (Thornton 1990, 179).

1970-luvun lopussa sielunhoidon teologit etsivät suurempaa selvyyttä alansa teologisista perusteista. Charles Gerkin (*The Living Human Document*, 1984) ja Don Browning (*Religious Ethics and Pastoral Care*, 1983) ehdottivat uutta sielunhoidon eettistä ja teologista mallia, joka perustui teologiseen hermeneutiikkaan ja moraaliteoriaan. Howard Clinebell arvioi sielunhoidon käymistilan johtavan hengellisen ohjauksen, systeemijattelun, sosiaalisen epäoikeudenmukaisuuden korostamisen, feministiteologian ja kaiken kaikkiaan holistisemman sielunhoidon ilmaantumiseen. 1990-luvulla nämä trendit ovat jatkuneet. Kirjallisuudessa kielenkäyttö ei enää ole yhtä psykologista kuin aikaisemmin, vaan teologiaa, hermeneutiikkaa, filosofiaa ja kontekstia painotetaan enemmän. Esimerkiksi Gerkin (*An Introduction to Pastoral Care*, 1997) on jatkanut narratiivisen metodologian luomista. Kuuluminen tiettyyn uskontoon tarkoittaa tietyn kieliopin omaksumista, tapaa puhua. Yksilön elämän tarina on kiinnittynyt laajempaan kertomukseen kristillisestä tarinasta. (Clinebell 1990, 858; Holifield 1990, 848-849; de Jongh van Arkel 2000, 150).

Erityisesti brittiläisessä sielunhoidossa on 1980-luvulta lähtien alettu korostaa narratiivin merkitystä terapeutin sielunhoitomallin sijaan, jolloin terapeutin ja teologinen elementti saadaan integroitua. Yleensä sielunhoitosuhteessa vain yksi tarina – esimerkiksi hoidettavan tarina tai uskonnollinen sanoma - on hallitseva. Itse asiassa tarinoita on kolme: hoidettavan, sielunhoitajan ja uskonnon tarina ja sielunhoidossa kaikkien kolmen on löydettävä paikkansa ja oltava vuorovaikutuksessa toistensa kanssa hyödyttääkseen parhaiten sekä hoidettavaa, hoitajaa että uskonnollista näkemystä. Sielunhoito, joka toteutuu seurakunnan elämän ja toiminnan yhteydessä, tarjoaa todennäköisimmin puitteet, jossa kaikki tarinat voivat saada yhtä suuren painoarvon. (Foskett & Jacobs 1997, 328).

Uudenlaista sisältöä tämän vuosituhannen sielunhoitoon on tuonut muiden muassa feministi- ja womanistipastoraaliteologiassa esitetty profeettallinen sielunhoito. Erityisesti Aasian ja Afrikan maista tulevien sielunhoitajien osuus on ollut vahva

sosiopoliittisten ja profeetallisten näkökulmien esiin nostamisessa sielunhoidon maailmanlaajuiseen keskusteluun. Myös Britanniassa sielunhoitoa on syytetty liian individualistiseksi ja minäkeskeiseksi, joka palvelee eniten neuroottista ja narsistista keskiluokkaa unohtaen profeetallisen näkökulmansa. Tosin britit havaitsivat amerikkalaisessa sielunhoitoliikkeessä jo 1980-luvun alussa kiinnostusta yhteiskunnan rakenteiden epäkohtiin. Sosiopoliittisessa eli profeetallisessa sielunhoidossa kiinnitetään huomiota yhteiskunnallisiin epätasa-arvoisiin rakenteisiin ja pyritään muuttamaan niitä. Sielunhoitajia haastetaan nostamaan julkisuuteen niitä epäkohtia ja ihmisten ongelmia, joita he työssään kohtaavat. Kaikki tämä edellyttää sielunhoitajalta myös uudenlaista kykyä interpatiaan, mikä on toisen kanssa tuntemista ja ajattelua. Sen tavoitteena on päästä sisälle toisen ihmisen ajatusmaailmaan ja pitää niitä hetkellisesti ominaan. Toisen ihmisen kokemus jaetaan ilman yhteisiä kulttuurisia lähtökohtia. (Lyll 1987, 37; Foskett & Jacobs 1997, 325; Hakala 2007, 247-249; Kiiski 2009, 40).

Tämä uusi sielunhoidon näkemys on tuonut mukanaan myös uudenlaisia sielunhoidollisia toimenpiteitä: *vastarinnan tekeminen, valtuutuksen ja voiman antaminen (voimaannuttaminen), hoivaaminen ja vapauttaminen*. de Jong van Arkel siteraa pastoraaliteologian uusimpia kehityssuuntia käsittelevässä artikkelissaan feministi- ja naispastoraaliteologi B. J. Miller-McLemoren ja B. L. Gill-Austernin toimittamassa teoksessa *Feminist and Womanist Pastoral Theology* olevaa Miller-McLemoren artikkelia *Feminist Theory in Pastoral Theology*, jossa tämä esittää *vastarinnan* olevan taistelua väkivaltaa ja vääriä käyttäytymismalleja vastaan ja kohdentaa parantamisen niihin haavoihin, jotka riisto on aiheuttanut. *Valtuutuksen ja voiman antaminen (voimaannuttaminen)* sisältää asianajajana toimimisen haavoittuneiden puolesta ja heidän varustamisensa. *Hoivaaminen* taas on kiihkeää, omistautunutta rakkauden julistusta, joka tekee tilan vaikeille muutoksille ja kasvattaa solidaarisuutta haavoitettujen joukossa. *Vapauttaminen* vaatii sekä poispääsyä epäoikeudenmukaisesta, tarpeettomasta kärsimyksestä että vapautumista uuteen elämään ja eheyteen Jumalan luomina. Profeetallisen sielunhoidon hoitomallin mukaan sielunhoito ei ole varsinaisesti sielunhoidollista tai mukavaa, vaan se häiritsee yhtä hyvin kuin lohduttaa, yllyttää yhtä hyvin kuin opastaa. (de Jongh van Arkel 2000, 147-148; Hakala 2002, 263-264; 2007, 248). Se ei ole niinkään oma hoitomallinsa, vaan ennemminkin asenne: läpäisyperiaate, joka voi käsittää lähes kaikki eri sielunhoidon hoitomallit.

Uusina soveltamismuotoina ovat tulleet erilaiset ratkaisukeskeiset ja tavoitesuuntautuneet ja systeemisiä lähestymistapoja käyttävät sielunhoidon mallit, joissa on kysymys konkreettiseen muutokseen tähtäävästä suhteellisen lyhytkestoisesta auttamisesta (Hakala 2007, 252). Kriisisielunhoito on ollut jo pitkään eräänlainen sielunhoidon erikoishoitomalli (ks. esim. Clinebell 1984, 183 – 215; Switzer 1986, 65 – 89) ja nämä uudet soveltamismuodot voidaankin lukea osaksi kriisisielunhoidon lukuisia menetelmiä. Esimerkiksi Benner esittelee kaksi tai kolme, korkeintaan viisi tapaamiskertaa käsittävän lyhytsielunhoidon mallin, jossa asetetaan selkeä tavoite vain yhden ongelman ratkaisuun. Siinä ei käytetä kohtuuttomasti kummankaan osapuolen aikaa ja pyritään muutenkin tehokkuuteen. Se edustaa selkeästi sielunhoidon julistavan hoitomallin amerikkalaista suuntausta, jossa myös spiritualiteetilla on keskeinen osuus: hoidettavalle voidaan antaa Raamatun kohtia tai kristillistä kirjallisuutta istuntojen välillä kotona mietiskeltäväksi. (Benner 2008, 11, 58; tavoitesuuntautuneesta sielunhoidosta ks. myös Kiiski 2009, 158-205 ja sen kritiikistä Kettunen 1997b, 105, jonka mukaan ratkaisukeskeisen terapian menetelmät on otettu liian kriitikittömästi ja riittämättömästi reflektoiden kirkon työhön, koska positiivisen ajattelun ongelmana teologisesti on sen suhtautuminen syntiin ja ihmisen destruktiiviseen puoleen). Uusista toteuttamistavoistaan huolimatta näissä lyhytsielunhoidoissa ei tule esiin mitään uusia sielunhoidollisia toimenpiteitä tai välineitä.

Jo 1970-luvulta lähtien on keskusteltu siitä, mikä sielunhoidossa on primääristä, mikä sekundaarista: kansainvälisessä sielunhoitoliikkeessä on oltu itsekriittisiä psykoterapeuttisen ja psykologisen lähestymistavan ylikorostamisesta kirkon sielunhoitotradition ja spiritualiteetin kustannuksella (Häyrynen 2005, 190). Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että edelleenkin kysytään: sielunhoitoko psykoterapiaa (Virtaniemi, 1981, 107)? Kysymyksenasettelu ei tunnu muuttuneen 30 tai 60 vuodessa mihinkään, vaan edelleen keskustellaan sielunhoidon ja psykoterapian eroista ja yhtäläisyyksistä. Myös suomalaisessa käytännön työssä on törmätty asenteisiin, että sairaalateologin tulisi pappina pysyä ainoastaan hengellisellä puolella eikä esittää mitään ”pikku terapeuttia”. Toisaalta psykiatrisen sairaalan pappi ei saisi puhua potilaille uskonnosta eikä politiikasta ja analyttisen koulutuksen saanutta teologia kehoitetaan taas pappien keskuudessa esittämään näkemyksensä psykoanalyttikkojen seminaarissa (Järvinen 1999, 178-179).

Taustalla on myös se, että yleisesti ollaan tultu skeptisiksi psykologian lupauksiin ja

asenne psykologian ammatillisuuteen on tullut entistä kriittisemmäksi. Sielunhoito ei voi siis enää hyötyä psykologisesta identiteetistään eikä psykologiaa tai psykoanalyysii olekaan enää pidetty sielunhoidon päälähteenä, vaan on ollut havaittavissa selvä käänne kohti etiikkaa ja hermeneutiikkaa, jotka nähdään nyt sielunhoidon tulevan kehityksen ratkaisevana perustana. (Schweitzer 1999, 451–452). Hakala (2002, 238) yhtyy brittiläisen Jacobsin (1997) näkemykseen, jonka mukaan keskeisin sielunhoidon muista terapeuttisista auttamismuodoista erottava kriteeri on sen toteutuminen uskonnollisessa viitekehyksessä. Sielunhoitajalla on valmius keskustella myös hengellisistä asioista ja vaikei niistä mainittaisi sanaakaan, ne ovat läsnä sielunhoitajan arvomaailmassa. Tällöin myös kirkollisesta perinteestä nousevat perinteiset sielunhoidon välineet: rukous, virret, Raamattu ja rippi voidaan tarvittaessa nivoa luontevaksi osaksi sielunhoitoa. (Hakala 2002, 237–238). Myös norjalainen Gunnar Elstad (2009, 11, 82–85, 106) korostaa keerygmaattis-dialogisen sielunhoidon edustajana sielunhoitajan oman hengellisen elämän hoitamisen tärkeyttä, uskon syntymistä sielunhoidon tavoitteena sekä Raamatun, rukouksen ja ripin käyttöä sielunhoidon välineinä.

Viime vuosina on voitu havaita uudistunutta kiinnostusta sielunhoidon ominaislaadun täsmentämiseen suhteessa kliiniseen psykologiaan. Wikström kritisoi sitä, että kliinisessä sielunhoitoliikkeessä otettiin voimakkaita vaikutteita sekä psykoanalyysistä että psykoterapeuttisista tutkimuksista ja metodeista, mutta mitään sielunhoitoteoriaa ei kehitetty. Myös amerikkalaisessa sielunhoitoliikkeessä on vahvistunut *pastoraaliteologinen* ajattelutapa tähdentäen sielunhoitajan oman teologisen reflektion tärkeyttä. Erityisesti Euroopassa on korostettu, että vanhalla mantereella tulisi kehittää sellainen teologinen orientaatio, joka muodostaisi korjaavan vaihtoehdon amerikkalaisen sielunhoidon sekularisoituneelle mallille. (Virtaniemi 1988, 14; Häyrynen 2005, 197; Geels & Wikström 2006, 327).

Wikström jakaa spirituaalisen sielunhoidon edustajana (Grevbo 2006, 341) sielunhoidollisen kohtaamisen neljään osaan, joita hän nimittää ulottuvuuksiksi: huolenpitoon, pohdintaan tai harkintaan, tulkintaan ja syventämiseen. Ne kuvaavat sielunhoitosuhteen kehitystä ja syvyyttä, jolloin voidaan päästä eksistentiaalisissa kysymyksissä psykoterapeuttista neutraaliutta pidemmälle ja hengellisesti syventäen tulkita niitä kristillisestä todellisuuskäsityksestä käsin. Kettunen taas jakaa sielunhoitosuhteen kuuteen vaiheeseen: suhteeseen hakeutuminen, kontakti, luottamus, kohtaaminen, vierellä kulkeminen ja elämän tarkoituksen pohdinta. Viimeksi mainitun

ei tarvitse olla prosessissa viimeisenä, vaan joskus sielunhoitosuhde voi alkaa elämän tarkoitukseen ja mielekkyyteen ja hengelliseen elämään liittyvillä kysymyksillä. Jo sielunhoitoon hakeutuminen voi olla merkki siitä, että ihminen kaipaa suurempaa mielekkyyttä elämäänsä. Tapaa, jolla ihminen kohtaa eksistentiaalisen ahdistuksensa, onkin nimitetty hänen uskonnokseen ja jumalana voidaan pitää sitä, mikä on hänen lopullinen turvansa ja elämänsä perusta. Sielunhoidon erityispiirre on siinä, että Jumala ja elämän transsendenttinen ulottuvuus voivat olla luonteva osa elämän tarkoituksen käsittelyä. (Wikström 2000, 297–300, 385; Virtaniemi 2000, 14-15; Gothóni 2007, 256–257; Geels & Wikström 2009, 351-352; Kettunen 2013, 122-123, 125, 127).

Kiiski esittää sielunhoitosuhteen tasasivuisena kolmiona, jonka kannan kulmissa on sielunhoitaja ja asiakas sekä huipussa vertikaalisella tasolla Jumala. Kolmion keskiössä on asiakkaan ongelma. Huolena on se, että sielunhoidossa kiinnitetään huomiota vain sielunhoitajan ja asiakkaan väliseen horisontaaliseen tasoon ja unohdetaan se, että sielunhoidossa on mukana myös Jumalan todellisuus. (Kiiski 2009, 11, 248). Toisaalta esimerkiksi Clinebell on tähdentänyt sitä, että keskeinen muutoksiin johtava voima on hyväksyminen, joka välittää Jumalan armoa. Seurakunnan työntekijä, joka antaa hyväksymisen voiman vaikuttaa, muuttuu kanavaksi sielunhoidon keskeiselle päämäärälle: hengelliselle kasvulle. Hoidettava kokee seurakunnan työntekijän tämän roolin vuoksi tunteensiirron kohteena myös ikään kuin Jumalan edustajaksi. (Clinebell 1975, 53-56, 358). Paul Tillich käänsi jo 1950-luvun lopulla uskonnolliset termit ”vanhurskauttaminen” ja ”armo” psykoterapian kielelle ”hyväksyminen” ja saattoi sanoa, että Freud oli auttanut kristittyjä löytämään uudelleen kristinuskon keskeisen sanoman: hyväksymisen evankeliumin (Holifield 1984, 330-331). Sielunhoitajan hyväksyvä asenne heijastaa hoidettavalle myös Jumalan vanhurskauttavaa ja armahtavaa suhtautumista ja tällä tavoin sielunhoitosuhteessa voidaan paradoksaalisella tavalla kokea Jumalan läsnäolo, vaikkei häntä keskustelussa mitenkään mainittaisikaan. Mutta Tillich koki tarpeelliseksi erottaa toisistaan terapeutin ja uskonnollinen hyväksyminen: kun edellinen keskittyi persoonallisuuden ratkaisemattomien konfliktien aiheuttamaan ahdistukseen ja neurooseihin, jälkimmäinen käsitteli ihmisen rajallisuudesta ja katoavaisuudesta johtuvaa eksistentiaalista ahdistusta ja rikkinäisyyttä. Neuroottinen ahdistus tekee ihmisen alttiiksi myös eksistentiaaliselle ahdistukselle ja ne, joiden elämällä ei ole tarkoitusta, joutuvat helposti neuroottisen ahdistuksen uhreiksi. (Holifield 1984, 332; Kettunen 2013, 124). Kettusen (2013, 92-93) mukaan nämä kolme aspektia ovat olennaista sielunhoidolliselle keskustelulle: kirkollinen

konteksti, avoimuus eksistentiaalisille kysymyksille ja valmius henkilökohtaisen uskon käsittelyyn. Juuri näihin pastoraaliteologia on 2000-luvun keskustelussa jälleen halunnut kiinnittää huomiota.

1.2.2. Pastoraalipsykologinen tutkimus

1980-luvulla todettiin, että vaikka oli olemassa maailmanlaajuinen pastoraalipsykologinen liike, ei vielä oltu selvästi määritelty, mitä pastoraalipsykologia on (Scharfenberg 2000 (1985), 17). Se on uudissana, jonka käyttö hakee vielä uomiaan. Taustaltaan moniulotteisena pastoraalipsykologiaa on vaikea määritellä yhdellä virkkeellä. Sen juuret ovat amerikkalaisessa sielunhoitoliikkeessä, jonka parissa ensimmäisenä alettiin soveltaa psykoanalyysiä sielunhoitotilanteisiin ja käynnistettiin sielunhoitajien psykologia- ja terapiapohjainen kliininen koulutustoiminta. Sekä Anton Boisen että Seward Hiltner pitivät pastoraalipsykologiaa teologisena oppiaineena. (Esko et al. 1991; Heikkilä 2009, 15-16).

Vuonna 1932 Karl Stolz (työskenteli Hartford School of Religious Educationissa) julkaisi teoksen ”Pastoral Psychology”, jossa osoitettiin, että papin velvollisuus oli auttaa ihmisiä sopeutumaan realiteetteihin. New Yorkilainen presbyteeriministeri John Sutherland Bonnell lainasi kirjassaan ”Pastoral Psychiatry” ideansa (1938) Freudilta ja Adlerilta. (Holifield 1990a, 846). Ensimmäiset pastoraalipsykologian yliopistolliset kurssit pidettiin maailmansotien välillä New Yorkissa, Louisvillessä, Chicagossa ja Hartfordissa (Holifield 1990, 513-514). Vuonna 1950 alkoi USA:ssa ilmestyä aikakauskirja Pastoral Psychology jatkaen ilmestymistä kymmenenä numerona vuodessa lokakuuhun 1972 asti ja uudelleen vuodesta 1975 eteenpäin. Hiltner oli siinä aluksi taustavaikuttajana. (Jaatinen 1980, 23-24). Homansin mielestä pastoraalipsykologia olikin enemmän neo-freudilaista ja rogersilaista käytäntöä ja kliinistä psykologiaa kuin akateeminen psykologian oppiaine eliminoiden siten kristillisen uskon moralistiset ja idealistiset vääristymät; psykoterapeuttista kokemusta voitiin verrata uskonnolliseen kokemukseen (Homans 1970, 108-109), mikä on analoginen ajatus edellä esitetylle Clinebellin käsitykselle.

Suomessa pastoraalipsykologiaa ja sielunhoitoa pidettiin pitkään ikään kuin synonyymeinä. Esimerkiksi Kettunen nimittää Anton Boisenia pastoraalipsykologian isäksi samaistaen pastoraalipsykologian ja amerikkalaisen kliinisen sielunhoitokoulutuksen. Samoin Sharfenberg kirjoittaa aloittelevan pastoraalipsykologin oppimisprosessista ja pastoraalipsykologisista valmiuksista. Vasta 1990-luvulta alkaen Suomessa alettiin käyttää pastoraalipsykologian käsitettä sanan erityismerkityksessä, mikä oli Keski-Euroopassa tapahtunut jo vuosikymmen aikaisemmin. Kun Kettunen (1990) väitöskirjan arvostelun jälkeen keskusteltiin sielunhoidon tutkimisesta, lukee Heikkilä sen pari vuosikymmentä myöhemmin pastoraalipsykologiseksi tutkimukseksi. (Kettunen 1991, 349; Kettunen 1995, 13,15; Sharfenberg 2000 (1985), 186, 198; Heikkilä 2009, 16).

Kettunen (1997b) esittelee Euroopassa ja Suomessa tapahtuneen dialektisen prosessin, jossa psykoterapeuttisesti painottunut lähimmäiskeskeinen sielunhoito muodostui 1970-luvulta alkaen eräänlaiseksi antiteesiksi aikaisemmalle kerygmaattiselle sielunhoidolle. Hänen mukaansa uskontopsykologinen tutkimusperinne on Suomessa ollut valitettavan heikkoa ja myös psykologiassa ihmisen uskonnolliseen elämään kohdistunut tutkimus on ollut verrattain vähäistä. Sielunhoidon piirissä lisääntyi ajattelutapa, että psykologian ja teologian on oltava vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin myös teologien on oltava valmiita ajattelemaan uudelleen omia premissejään. Mutta tällainen vuorovaikutusasenne ei sen sijaan juurikaan näytä saaneen sijaa psykologisen tutkimuksen piirissä.

Synteesiksi on 1990-luvulta alkaen muotoutunut pastoraalipsykologia, joka nähdään linkkinä teologisen tiedon ja inhimillisen kokemuksen välillä ja pastoraalipsykologit lähtevät siitä, ettei perinteinen sielunhoito riitä vastaamaan ihmisten muuttuneita elämänolosuhteita ja vaatimuksia. Pastoraalipsykologia ei ole vain sielunhoitoon liittyvä tieteenala vaan se lähtee siitä, että kaikenlaisissa uskonilmauksissa ja teologiassa ilmenevät persoonalliset tapahtumat. Tällöin psykologia voidaan ymmärtää jopa vaatimuksena teologialle korjaamaan omaa paradigmaansa. Se pyrkii samanaikaisesti ottamaan todesta sekä teologian että psykologian ja pyrkii kehittämään uutta teologista ja psykologista näkemystä. (Kettunen 1994, 9, 26, 27, 30; Kettunen 1995, 15; Kettunen 1997b, 93–96; Kettunen 2013, 261).

Siksi olisi nykyaikaisen pastoraalipsykologian kaventamista nähdä se vain sielunhoidon

alaan kuuluvana - se on ymmärrettävä koko teologiaan ja kaikkeen kirkon työhön liittyvänä tarkastelunäkökulmana. Ei sielunhoito eikä *pastoraalteologiakaan* kerro kaikkea sitä, mistä nykyisessä pastoraalipsykologiassa on kysymys. Pastoraalipsykologisen ajattelun peruslähtökohta on se, että jokainen uskon tapahtuma on myös psykologinen tapahtuma. Psykologia on tekemisissä sen kysymyksen kanssa, miten ihminen uskoo ja mihin psyykkiseen tarpeeseen hän tuota uskoa käyttä. Uskon sisältö on yhteydessä henkilön persoonalliseen elämänhistoriaan ja kokemusmaailmaan. Tämä koskee myös kirkon oppilauselmia muovanneita ihmisiä. Siksi juuri tietyt kirkollisen opin kohdat ovat muodostuneet keskeisiksi ja psykologisista tekijöistä johtuen usko voi saada hyvin erikoislaatuisia ilmenemismuotoja. Ihmisen psyykkinen maailma on tarkoitushakuista ja se valikoi koko ajan myös uskonnollista todellisuutta. Tässä mielessä uskon sisältö on psykologinen asia. Pastoraalipsykologia pyrkii ymmärtämään uskonnollista ihmistä ja hänen kokemusmaailmaansa. (Kettunen 1995, 16, 17; Kettunen 2013, 263).

Emootiot ovat uskonnon omaksumisessa olennaisempia kuin käsitteelliset sisällöt. Tässä suhteessa yksi lupaavimmista lähestymistavoista on Kirkpatrickin kehittämä evoluutiopsykologiaan ja Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaan pohjaava tutkimusohjelma. Jo vastasyntyneellä on järjestelmä, joka tarkastelee hoitajan läheisyyttä. Mikäli kiintymyksen kohde on liian etäällä, se laukaisee kiintymyskäyttäytymistä, itkua. Mikäli kontakti syntyy, kiintymyskäyttäytyminen lakkaa. Järjestelmä toimii läpi koko elämän. Yksilö saa varhaisten kiintymyssuhteiden pohjalta kognitiivisia ja emotionaalisia rakennuspalikoita, joiden avulla myöhemmät vuorovaikutussuhteet syntyvät. Kirkpatrickin mukaan jumalat toimivat monissa uskonnoissa kiintymyksen kohteena. Uskonnollisessa kirjallisuudessa toistuu teema jumalan läheisyydestä aina ja kaikkialla. Varhaisen lapsuuden jälkeen kiintymyksen kohteen ei tarvitse olla fyysisesti läsnä, vaan pelkkä tietoisuus kohteen saavutettavuudesta riittää. Tällaisesta läheisyydestä on lyhyt matka jumalan ei-fyysisen läsnäolon tunteeseen. Monissa monoteistisissä uskonnoissa, kuten kristinuskossa ja palvonnallisessa hindulaisuudessa rakkauden teema on aivan keskeinen moraaliopetuksessa, teologiassa sekä rituaali- ja hartauselämässä. Näissä pyritään tuomaan kokemuksia rakkaudesta ja rakkauden kohteena olemisesta. Idea persoonallisesta jumalasta, johon voi täydellisesti asettaa luottamuksensa ja joka ehtoja asettamatta tarjoaa rakkautensa sekä täydellisen turvan ja pelastuksen kaikesta hädästä ja kärsimyksestä, on ollut lähes vastustamaton kaikkialla maailmassa. Toisaalta äkillinen kääntymys on vahvassa yhteydessä turvattomaksi koettuun kiintymyssuhteeseen

vanhempien kanssa. (Kirkpatrick & Shaver 1990, 318-320, 326-328; Kirkpatrick 2005, 39-47, 80-85; Ketola 2008, 92, 103-108).

Pastoraalipsykologia on siis enemmän kuin 'van Arkelin pyramidin' huippu: se on uusi näkökulma koko uskon maailmaan ja alkanut eriytyä omaksi tutkimusnäkökulmakseen. Tällöin myös kirkon oppia ja toimintaa arvioidaan psykologiasta käsin.

Pastoraalipsykologialla on siis selvää jännitettä suhteessa siihen pastoraaliteologiaan, joka peräänkuuluttaa sielunhoidon ominaislaadun täsmentämistä. Ikään kuin taistelemassa olisi kaksi papin karikatyyriä: ylihumaani tai sitten ylipastoraalinen pappi, jotka norjalainen sairaalateologi Ralph Ditlef Kolnes on Wiksrömin mukaan hahmottanut. Kummallekin tyyppille on tunnusomaista, etteivät he kykene integroimaan papin sekä psykologista että traditiota välittävää roolia. (Geels & Wiksröm 2006, 355-359). Esko et al. ovat todenneet, ettei pastoraalipsykologia eroa menetelmiltään tai sisällöltään uskonnon- tai muusta psykologiasta muuten kuin pastoraalisella kysymyksenasettelullaan: lähtökohtana on papin tai sielunhoitajan interpersoonallinen työ, jolloin jokainen sielunhoitaja joutuu kehittämään oman pastoraalipsykologiansa. Niinpä pastoraalipsykologiaan on alusta asti kuulunut sielunhoitajan persoonallisuuden psykologia. (Jo vuonna 1991 he ovat myös valittaneet sitä, ettei Suomen yliopistoissa ole yhtään pastoraalipsykologian oppituolia.) (Esko et al. 1991).

Pastoraalipsykologian suhde sielunhoitoon on siis vastaava, kuin psykologian suhde terapiaan. Psykologia on luomassa teorioita ihmismielen rakenteesta ja kehityksestä, mutta ei kaikista psykologeista tule mielen sairauksien parantajia, terapeutteja.

Eräs pastoraalipsykologian kehittäjistä Euroopassa on ollut Wybe Zijlstra, joka nivoo psykologista tietoa Raamatun symboliikkaan hyödyntäen Freudin syvyyspsykologisia ideoita psyyken tiedostamattomista rakenteista sekä Jungin tulkintoja tiedostamattoman vaikutuksesta ihmisen elämään ja hänen teorioitaan arkkityypeistä. Hänen mukaansa pastoraalipsykologia tutkii uskonkokemusta ja havainnoimista suhteessa Raamatun Jumalaan ja mikäli uskonnonpsykologia tutkii länsimaisen ihmisen uskonnollisuutta, se ei saisi jättää tarkastelun ulkopuolelle juutalais-kristillisen tradition vaikutusta tähän uskonnollisuuteen. (Zijlstra 1995 (1989), 254 -255; Lange 2008, 182).

Scharfenberg hahmottelee psykoanalyttisen ymmärtämisen kehästä

pastoraalipsykologisen kehän, jonka keskipisteessä on ristin symboli. Hän kysyy, mitä seuraisi, jos säilytettäisiin psykoanalyysin ymmärtämisen kehä ja korvattaisiin antiikin Oidipus- ja Narkissos -myyttien tulkinta Raamatun myyttien ja symbolien rikkauden sisältävällä tulkinnalla. (Sharfenberg 2000 (1985), 34, 200-201).

Ainoalaatuinen poikkeus psykoanalyysin ja uskonnon varsin vähäisessä rajankäynnissä sitten Freudin päivien on Rizzuton tutkimus. Sielunhoitokirjallisuus ei tarjonnut hänelle relevanttia kehystä yksilön Jumala-uskon kehitysprosessille. Hän päätyy ego-psykologian edustajia (esimerkiksi Winnicot) seuraamalla esittämään, että Jumala on yksilölle aivan erityinen transitionaalinen objekti, koska hänet on luotu representaatiomateriaalista, jonka kaikki lähteet ovat primaariobjektien representaatioita ja joka kaikkien transitionaaliobjektien tavoin sijaitsee ulkoisen ja sisäisen välisessä rajamaastossa. Kullekin henkilökohtaisella Jumalalla on mahdollisuus tarjota hiljaista vuorovaikutusta, joka lisää totena olemisen tunnetta. Niiden, jotka eivät koe Jumala-representaatiotaan tarkoitukselliseksi, täytyy löytää itsensä kohdatakseen muita henkilökohtaisia objekteja ja transitionaalisia todellisuuksia. Hän esittää Erik H. Eriksonin psykososiaaliin kehitysvaiheisiin liittyvän analogisen mallin Jumala-representaatioiden synnystä yksilön kehitysvuosina ja näiden käytöstä hänen elämänkaarensa aikana. (Rizzuto 1979, ix, 177, 205-207; Hyrck 1988, 38).

Jumala-representaatiot (edustumat), jotka sallivat uskon tai johtavat epäuskoon, syntyvät jo vauvaiässä, jolloin perusluottamuksen on mahdollista muodostua. Hoidetuksi ja varhaislapsuudessa huomatuksi tulemisen kokemus johtaa myöhäisessä leikki-iässä Jumala-representaatioon, jossa hänet koetaan ihanaksi, rakastavaksi ja kaikkivaltiaaksi. Päinvastainen kokemus johtaa tunteeseen, että Jumala on petturi eikä ota huomioon. Varhaisessa kouluiässä uskon sallivassa Jumala-representaatiossa hänet koetaan suojelijana, mutta epäuskoon johtavat representaatiot jakautuvat tästä lähtien kahtia: Jumala on joko tuhoava, joka ei säästä tai sitten häntä ei tarvita, koska on muuta turvaa. Murrosiässä uskomisen suhteen myönteisessä tapauksessa Jumala on kaiken luoja ja rakastava tai kielteisessä tapauksessa joko epäoikeudenmukainen, joka sallii pahan tai sitten riittävä rakkaus on löydetty muualta eikä Jumalaa tarvita. Aikuisuudessa vastaavissa tapauksissa Jumalalle voidaan sanoa: ”Sinä olet ja annat minun olla minä” tai joko: ”Luulet minua lapseksi; anna minun olla” tai sitten: ”Elämässäni on kaikki hyvin”. Vanhuudessa uskon sallivassa Jumala-representaatiossa hänelle todetaan: ”Hyväksyn sinut, kuka oletkin” ja kuolemassa: ”Missä tai kuka

oletkin, luotan sinuun”. Tällöin perusluottamus aktivoituu uudelleen Jeesuksen viimeisen rukouksen sanoin: Isä sinun käsiisi minä annan henkeni. Epäuskoon johtavassa representaatiossa taas todetaan vastaavasti joko: ”Et koskaan antanut mitään” ja ”Sinä et ole siellä” tai: ”Elämä on mielekästä” ja: ”Minä olin – se riittää minulle”. (Rizzuto 1979, 206, 207).

Suomessa TT, psykoanalyytikko Matti Hyrck on tutkimuksissaan – hän itse nimittää niitä pastoraalipsykologisiksi (Hyrck 2009: 87, 101) – kehitellyt Melanie Kleinin ja W. Ronald D. Fairbairnin objektisuhdeteorioiden pohjalta suhteessaolon perusmielikuvien teorian (SPT, The Theory of Basic Relational Images). Kleinin mukaan sisäisen maailman kaksi peruspoolia ovat toisaalta ego sekä toisaalta objekti. Sisäistä objektia voidaan luonnehtia sisäiseksi sinäksi tai sisäiseksi vanhemmaksi, johon nähden henkilö asettuu erilaisiin suhteisiin. Näin mielen sisälle pyrkii muodostumaan intensiivisiä näiden kahden osapuolen välisiä tunnesuhteita. Klein oletti vielä, että sisäinen maailma voi organisoitua kahteen vuorottelevaan tunnetasoisesti erilaiseen tilaan, joista hän käytti nimityksiä varhaisempi, skitsoparanoidinen ja myöhäisempi, depressiivinen positio. Kleinin reparaatio- (pahan korjaaminen), D. W. Winnicottin false self- ja Bionin container-käsitteiden sekä Fairbairnin sisäisten toimijoiden (libidinaarinen ego ja antilibidinaarinen ego eli sisäinen sabotoija sekä kiihottava-, torjuva- ja ideaaliobjekti) ja Freudin viettiteorian pohjalta Hyrck kehitti mallin, jossa sisäiset objektit ja egot olivatkin eri osaviettien (oraalisesta genitaaliseen) luomuksia. Silloin ne olisivat ikään kuin ihmisen sisäisessä maailmassa säilyneitä varhaisten psyykkisten kehitysvaiheiden aktiivisia jäänteitä. Tuloksena oli kaksi sisäistä egoa: *riippuvainen ja itseriittävä* sekä viisi sisäistä objektia: *Houkuttaja, Hallitsija, Vaatija, Parantaja ja Vetäytyjä*, joista kaksi ensimmäistä liittyvät skitsoparanoidiseen ja muut depressiiviseen positioon. Väitöskirjassaan (1995) Hyrck käytti näistä vielä nimityksiä varhainen ja myöhäinen tila ja container-funktiosta suomennosta sijaiskantaminen tätä ilmiötä käsittelevässä artikkelissaan 1989. Myöhemmin hän muutti egon ja objektin käsitteet sisäiseksi lapseksi ja sisäiseksi vanhemmaksi ja sijaiskantajan sisällyttäjäksi ja vielä pelkisti ja yksinkertaisti teoriaansa käyttämällä skitsoparanoidisesta ja depressiivisestä positioista nimityksiä mustavalkoinen ja huolenpidon mielentilat, joiden kautta Jumala ja uskonnollisuus näyttäytyvät. (Hyrck 1989, 85; Hyrck 1995; 29-65, Hyrck 1999, 104; Hyrck 2003, 36-63; Hyrck 2012, 280, 284).

Hyrckin suhteessaolon perusmielikuvien teoriassa on siis 19 erilaista tunnesuhdetta, kun

eri sisäiset lapset ovat vuorovaikutuksessa eri sisäisten vanhempien kanssa (itseriittoinen lapsi ei ole suhteessa vetäytyvään vanhempaan). Sitä voidaan käyttää paitsi jumalakuvien muodostumisen, myös kaiken ihmissuhdekentän ja kulttuurin, teologian ja laajemminkin uskontotieteen palveluksessa. Käytön mahdollistaa se analogia, joka vallitsee sisäisen lapsen ja vanhemman välisen suhteen ja toisaalta ihmisen mielessään kokeman jumalasuhteen välillä. Myös hengelliset ajatuksemme kertovat jotain itse ajattelijasta. Katsomme myös uskon maailmaa skitsoparanoidisen tai depressiivisen position (mustavalkoisen tai huolenpidon mielentilojen) luomien silmälasien läpi, mutta käytännössä nämä näkökulmat elävät peräkkäin, päällekkäin ja sisäkkäin, ja sisäiset objektit elävät jatkuvasti rinnakkain suhteessa ihmisen eri rooleihin. Esimerkkinä Raamatusta Hyrck mainitsee, miten muiden muassa tuhlaajapoikavertaus ei sellaisenaan riitä kuvaamaan Jumalaa Parantajana, koska sinänsä ei-tuomitsevasta hyväntahtoisesta jumalakuvasta jää puuttumaan Parantajalle tunnusomainen sisällyttämistehtävä. Vasta pitkänperjantain tapahtumista ylösnousemususkon valtaamat varhaiskristityt antoivat Mestarilleen kosmisen sisällyttäjän roolin, mikä on ominaista hoitavalle Parantajalle. Tämä on Hyrckin mukaan ”maailmanhistoriallisesti todella merkittävä uskonnollinen innovaatio, kollektiivisen tajunnan mutaationomainen kehityksellinen harppaus.” (Hyrck 1999.115; Hyrck 2003, 58-59, 308-311; Hyrck 2009, 87, 101).

Freud oletti, että piilotajunta on erilaisten tietoisuudesta eristettyjen, sokeasti omiin päämääriinsä pyrkivien vietti-impulssien varasto. Seurauksena on sisäisiä konflikteja ja pahuuden ongelma: ihminen huomaa usein tekevänsä muuta kuin mitä oikeastaan haluaisi. *Mustavalkoisessa mielentilassa* Jumalakin on perusolemukseltaan rajatilainen ja siinä ihmiset jaetaan hyviin ja pahoihin, uskoviin ja ei-uskoviin, pelastuviin ja kadotettuihin. Houkuttaja ja Hallitsija ratkaisevat pahan ongelman erottamalla toisistaan hyvän ja pahan objektimielikuvan mahdollisimman kauas toisistaan. Vaatija tarjoaa toisenlaisen ratkaisun, jossa hyvä ja paha lähenevät toisiaan, mutta sen anteeksiantamus jää sikäli mustavalkoiseksi, että subjekti on yksin vastuussa kaikesta pahasta, joka voidaan tosin antaa anteeksi, mutta vain silloin, jos se lupaa tehdä parannuksen. Anteeksiannon edellytys on, että pahat teot tunnustetaan, pyydetään anteeksi ja jatkossa luvataan pidättäytyä pahan tekemisestä. Mutta *huolenpidon mielentilasta käsin näyttäytyvä Jumala* on sama kuin Jumala Parantajana, joka ei kosta, ei hylkää eikä rankaise. Hän ymmärtää ihmisen pahojen tekojen ja myös epäuskon motiivit ja taustat. Hän kykenee sietämään itseensä suunnatun vihan ja tuhoavuuden ja kestää ja ottaa

vastaan aggression tuhoutumatta tai syyttämättä eikä edes vaadi anteeksipyyttämistä. Kristus voitti pahan vallan ottamalla ihmisen pahuuden itseensä. Antaessaan Poikansa kuolla ihmisten edestä Jumala myöntää oman vastuunsa ihmiskunnan kärsimyksestä ja ottaa itse omille harteilleen kannettavakseen sen seuraukset. Jumala toimii tällöin sisällyttävän äidin tavoin ja ihmisen pahat teot voivat vähetä vain siten, että hänen kokemansa paha olo ja kärsimys lievittyvät. Kristillisessä perinteessä tätä kutsutaan armoksi. Se mahdollistaa ihmiselle myös hänen oman tuhoavuutensa kohtaamisen. Hän näkee samalla kertaa sekä oman pimeän puolensa että itsensä Jumalan rajattoman rakkauden kohteena. Tällainen asetelma mahdollistaa todellisen vastuun ottamisen itsestään ja omista impulsseistaan. Mutta kristillisessä perinteessä esiintyvät nämä molemmat Jumalan mielentilan – mustavalkoinen ja huolta pitävä - muodot. (Hyrck 1997, 64, 73-76; Hyrck 2012, 280, 284; Kettunen 2013, 250. Sisäiset objektit kristillisessä perinteessä tiivistetysti esitettynä, ks. Hyrck 1997, 65-76.).

Viimeiseksi jääneessä kirjassaan Hyrck (2014, 26-36, 55, 68-70, 81-85, 101, 116, 171-175) itseään esimerkkinä käyttäen selvitti lisää mustavalkoisen ja huolenpidon mielentilaa, sisällyttämistä (Bion) ja transitionaalitilaa (Winnicott) sekä niiden soveltamista uskonnollisuuteen ja Raamatun tulkintaan. Huolenpidon mielentilassa sisällyttäjänä voi toimia myös Jumala. Transitionaalitila sijaitsee empiirisen maailman ja ihmismielen sisäisen todellisuuden välimaastossa. Tyypillisiä transitionaalisia ilmiöitä ovat esimerkiksi taide ja uskonto. Transitionaaliobjekteille annetaan ihmismielen luoman merkityksellisyyden tuoma lisäarvo. Winnicot käytti Kleinin käsitteestä depressivinen positio nimitystä Stage of concern, minkä Hyrck suomensi huolenpidon mielentilaksi. Tuhlaajapoikavertaus kuvaa havainnollisesti tässä mielentilassa olevaa Jumalaa.

Koko kirja rakentuu sille perustalle, että ihminen on psyykkisessä toiminnassaan, myös uskomisessaan, sidottu oman mielensä rakenteisiin. Mutta jos selitetään, että puhuessaan Jumalasta ihminen itseasiassa puhuu vain omista mielikuvistaan ja itsestään, langetaan psykologiseen reduktionismiin. Jumalan ilmoitus pakostakin muovautuu ihmisen psyykkisen vastaanottokyvyn rajaamaan muotoon riippuen siitä, onko hän mustavalkoisessa mielentilassa, jolloin ilmoitus saa erehtymättömän hallintatiedon luonteen tai huolenpidon mielentilassa, jolloin ilmoitus saa transitionaalialueelle ominaisen luovuuden ja ennalta-arvaamattomuuden luonteen. Näin mielentila määrittelee vastauksen esimerkiksi johdatuskysymyksen ytimessä piilevään

teodikean ongelmaan, joka voi ratketa vain siten, että luovutaan ahtamasta Jumalan kaikkivaltiutta mustavalkoisen hallintatiedon pakkopaitaan. Huolenpidon mielentilassa olevan Jumalan kaikkivaltiutta ei ihmisen ajatus voi milloinkaan saada hallintaansa. Koska Jeesus oli ihminen, mielentilat vaihtelivat myös hänen sisäisessä maailmassaan. Uuden testamentin osin mustavalkoisesta materiaalista huolimatta Jeesuksen toiminnan ja julistuksen ytimen muodosti radikaali, mustavalkoisesta mielentilasta täysin poikkeava ajatus siitä, miten Jumala suhtautuu maailmaan ja ihmiseen. Jumalan toteuttama kosminen sisällyttämisprosessi ihmiskuntaan nähden voidaan ymmärtää inkarnaatiossa. (Hyrck 2014, 81, 130-134, 146, 151).

Mielenkiintoisella tavalla sekä Rizzuton että Hyrckin tutkimuksista käy ilmi se, miten hyvin varhaiset lapsuuden kokemukset vaikuttavat myös siihen, millaiseksi ihmisen jumalakuva ja hänen uskonnollinen maailmansa muodostuu. Simo Korkee (1998, 61-62) olettaa uskontopsykoanalyttisessä artikkelissaan Hyrckin väitöskirjan olevan ”massiivisin uskontopsykoanalyttinen tutkimus, mitä tähän asti on tehty – millään kielellä.”

Suomalaisista tutkimuksista on syytä mainita myös Pertti Järvisen väitöskirja psykoottisten potilaiden uskonnollisten käsitysten taustalla olevista psykodynaamisista mekanismeista ja roolipsykologisista prosesseista. Taustateorianä oli Sundénin rooliteoria ja tutkimusta varten syvähaastateltiin kuusi skitsofreenikkaa, joiden jumalakuvissa havaittiin olevan monia epämiellyttäviä elementtejä: ahdistus projisoitiin usein Jumalaan ja jotkut identifioituivat pahaan. Järvisen mukaan jokaisella psykoottisella potilaalla on oma uskontonsa. Psykoosin alkaessa tämä subjektiivinen uskonnollinen viitekehys on huonosti sisäistetty: joko rigidi, kaoottinen tai molempia, mutta psykoosin puhkeamisen jälkeen potilaat etsivät lähes aina apua uskonnosta. Tutkimustuloksina saatiin muiden muassa, että uskonto tarjosi potilaille materiaalia, minkä avulla he saattoivat työstää konfliktejaan. Uskonnon voimakkaasti symbolinen kieli auttoi potilasta sanoittamaan ja saamaan merkityksen kokemuksilleen. Monesti se oli ainoa kieli, millä hän pystyi sanoittamaan kokemaansa. Jumala saattoi myös edustaa hyvää yliminää, terapeutista elementtiä, kun positiiviset mielikuvat oli projisoitu siihen. ”Hyvä Jumala” saattoi auttaa potilasta muodostamaan käsityksen sellaisesta, mitä hän ei muuten olisi pystynyt hallitsemaan tai formuloimaan ja seurakunta saattoi toimia ”hyvänä vanhempana, joka välittää”. (Järvinen 1991a, 21, 53, 235-236; Järvinen 1991b, 103-107).

Pia Lange antoi haastattelututkimuksessaan yhdelletoista suomalaiselle psykoterapeutille uskonnollista syyllisyyttä koskevia fiktiivisiä tapauksertomuksia. Kymmenen heistä lähtisi käsittelemään syyllisyyttä irrallaan uskonnosta. Tämä on ongelmallista, sillä syyllisyys ja uskonto ovat kietoutuneet toisiinsa niin ihmisen elämänhistoriassa kuin evoluutiossakin. Emotionaalisesti ladatut, myös uskonnolliset somaattiset merkit (termi neurologi Antonio Damasionilta), kuten jumala-sanan tuottama syyllisyys ovat hyvin pysyviä ja vaikeasti poisopittavia. Taipumus sulkea uskonto pois terapiasta heikentää siten hoitotulosta. Jos terapeutti haluaa vaikuttaa uskonnosta kumpuavaan syyllisyyteen, hänen olisi myös tarpeen puhua teologisista sisällöistä. (Lange 2008, 190-204). Järvisen (1991) tutkimus voisi olla tässä apuna. Lange siteeraa tutkimuksessaan muiden muassa suomenkielistä pastoraalipsykologista tutkimusta: Zijlstraa (1995), Hyrckää (1995) ja Kettusta (1995), mutta kritisoi niitä siitä syystä, ettei niissä pyritä selittämään uskonnollisten ilmiöiden taustalla vaikuttavia kognitiivisia prosesseja eikä sitä, miksi ihmisellä ylipäätään on taipumus tai kyky luoda uskonnollisia representaatioita (edustumia) intuitionvastaisista agenteista (Lange 2008, 181-184).

Samantapaista kysymyksenasettelua käytti Peppi Sievers (2016, 50, 147-153, 171-185, 204-208, 216) joka väitöskirjassaan haastatteli kahtakymmentä suomalaista psykoterapeuttia heidän tavastaan käsitellä potilaan uskonnollisia ja hengellisiä kysymyksiä. Hän keskittyi psykoterapian settingin, transferenssin ja vastatransferenssin vaikutuksiin sekä koulutuksen kolmeen osatekijään: omaan psykoterapiaan, työnohjaukseen ja teoriaopetukseen, jotka vaikuttavat psykoterapeutin työskentelyyn. Tutkimustuloksena tuli esille kolme erilaista tapaa lähestyä potilaan materiaalia: etäinen, tutkiva ja tajuava. Potilaiden aineistossa tuli esille kaksi rajaa: raja maallisen ja maallis/taivaallisen välillä sekä raja maallis/taivaallisen ja pyhäksi koetun välillä. Etäinen psykoterapeutti pysähtyy työskentelyssään ensimmäiselle rajalle eikä lähde tutkimaan potilaan uskonnollista tai hengellistä ainesta tarkemmin. Tutkiva psykoterapeutti tutkii kaikkea sitä materiaalia, mikä sisältyy maalliseen ja maallis/taivaalliseen. Tajuava psykoterapeutti eroaa tutkivasta suhtautumisessa maallis/taivaallisen ja pyhäksi koetun väliseen rajaan: hän kokee tämän alueen sellaiseksi, johon hänellä ei psykoterapeuttisin työvälinein ole asiaa ja odottaa kunnioittavasti sen ajan, kun potilas on tällä alueella palaten psykoterapeuttiseen työskentelyyn sen jälkeen. Uskonnollisten ja hengellisten asioiden käsittely psykoterapiassa liittyy enemmän psykoterapeutin henkilöön kuin hänen edustamaansa

teoreettiseen viitekehykseen. Pastoraalipsykologian suhteesta syvyyspsykologiaan ja teologiaan Sievers toteaa sen olevan kiinnostunut Jumalan ja ihmisen suhteen ihmisenpuoleisesta päästä. Pastoraalipsykologisessa sielunhoidossa ihminen saa sekä elämän- että uskonapua.

Muita suomalaisia pastoraalipsykologisia tutkimuksia ovat Kettusen tutkimus suomalaisesta hengellisestä häpeästä, Koskelan väitöskirja lapsensa menettäneen vanhemman spiritualiteetin muotoutumisesta ja Virtaniemen väitöskirja vakavasti sairastuneen eksistentiaalisesta prosessista ja uskonnollisesta spiritualiteetista. Lisäksi Kettunen esittelee 2013 ilmestyneessä sielunhoidon perusteita ja teologiaa käsittelevässä teoksessa pastoraalipsykologian merkityksen sielunhoidolle yhdeksänä teesinä, joiden mukaan muiden muassa psykodynaaminen lähestymistapa näkee hengellisen elämän prosessina, johon kuuluu erilaisia vaiheita ja tarpeita. Vaikka hän väittää, ettei ole erityistä pastoraalipsykologista sielunhoitoa, hän toteaa sen voivan olla pitkäkestoisempaa ja enemmän konfrontoivaa kuin supportiivinen terapia. Pastoraalipsykologia kokee haasteena sen ymmärtämisen, millaisen paikan ihmistä orjuuttavat, tuhoavat ja tuomitsevat jumalakuvat muodostavat asianomaisen elämässä. Kettusen häpeätutkimuksen lähdemateriaalina oli yli 400 suomalaisten häpeästä kirjoittamista kirjeistä poimitut 92 kirjettä. Häpeäteologian johtopäätöksinä hän toteaa, että on tärkeää erottaa toisistaan syyllisyys ja häpeä. Syyllisyyteen liittyy kysymys siitä, mitä ihminen on tehnyt, häpeään taas, millainen hän on: kelpaako hän? Häpeästä kärsivä ihminen on ikään kuin uhri, joka ei voikaan pyytää anteeksi sitä, mitä hänelle lapsena tai myöhemmin on tehty. Lääke syyllisyyteen on anteeksianto ja synninpäästö, mutta lääke häpeään on vastaanotetuksi, rakastetuksi ja hyväksytyksi tuleminen sekä ahdistuksen sisällyttäminen (container-funktio). (Kettunen 2011, 36, 383-392, 402, 417-418; Kettunen 2013, 261-263; Kettunen 2014, 188-190).

Koskelan lähdeaineiston muodosti 64 lapsensa menettäneen vanhemman kirjoitusta yhteensä 75 lapsen kuolemasta. Hän analysoi aineiston käyttäen Grounded Theory -metodia sekä narratiivista analyysiä. Jotkut vanhemmista totesivat, etteivät he koe enää itseään kokonaisiksi lapsen menetyksen jälkeen, jotkut taas kokivat vahvistumista ja henkistä kasvua. Menetyksen jälkeen vanhempien hengellinen elämä joko aktivoitui tai passivoitui. Merkittävä asia selviytymisprosessissa oli tarkoituksen ja merkityksen etsiminen lapsen menetykselle. Osa vanhemmista oli kokenut Jumalan epäoikeudenmukaiseksi heitä kohtaan. Selviytymistä edistävinä avun lähteinä mainittiin

yksityinen ja yhteisöllinen uskonnonharjoittaminen sekä perheenjäsenten ja sukulaisten tuki. Tutkimuksessa hahmottuu menetyksen vaikutusten moninaisuus ja yhtäaikaisuus. Tutkimus osoitti, että kristilliseen spiritualiteettiin liittyvillä asioilla on merkitystä lapsensa menettäneille ihmisille ja heidän psyykkisessä tukemisessaan on tärkeää ottaa huomioon myös hengellisyyteen liittyvät kysymykset. (Koskela 2011, 129, 147, 151, 309 -320).

Virtaniemi tutki narratiivisen analyysin metodilla kuuden ALS-tautiin sairastuneen potilaan eksistentiaalisia prosesseja. Heitä kutakin haastateltiin kolme kertaa vajaan vuoden aikana. Eksistentiaalinen prosessi koostuu kahdesta sisäkkäisestä prosessista: toisaalta elämän äärikysymysten sekä toisaalta elämän tarkoituksen ja tarkoituksettomuuden työstämisen prosesseista. Minkään elämän äärikysymyksen - kohtalon ahdistuksen, olemassaoloa koskevan valinnan, autonomian menettämisen, vastuullisuuden ja syyllisyyden, toiminnallisen pulan ja häpeän, tuskan, uhkaavan tulevaisuuden tai kuoleman – aktiivinen työstäminen ei estänyt elämän tarkoituksellisuuden kokemusta ja sen syvenemistä. Elämän tarkoituksen lähteet - läheiset ihmissuhteet, työ, toisten auttaminen, luonto, elämä itsessään, henkilökohtainen kasvu, toivo ja yhteys transsendenttiin - saattavat muotoutua uudelleen tai voi löytyä uusia merkityksiä tai vanhat saavat uuden merkityksen. Esimerkiksi uskonnollisen spiritualiteetin myönteinen vaikutus on edellyttänyt sen aktivoitumista ja elävöitymistä sairauden aikana. Yhteys transsendenttiin on muuttunut. Uskonnollinen spiritualiteetti voi vahvistaa elämän tarkoituksellisuutta ALS-taudin rajoittamassa elämässä. Luottamus Jumalaan voi tuoda levollisen rohkeuden olla osana suurempaa kokonaisuutta. Toisaalta se on myös mahdollistanut persoonallisen vuorovaikutussuhteen rukouksessa. (Virtaniemi 2017, 7-8, 282-292).

Myös Saarelainen käytti artikkeliväitöskirjassaan narratiivista metodologiaa tutkiessaan uskonnon ja maailmankuvan vaikutusta syöpäpotilaiden sopeutumismekanismeihin. Syöpään sairastuminen johti monen elämänalueen merkityksen menettämiseen. Läheisillä oli merkittävä rooli sopeutumisessa ja merkityksen löytämisessä. Sairaudesta selviytyneet löysivät itsestään sisäistä voimaa ja tämä voimaantunut identiteetti sai heidät seuraamaan elämänsä unelmia ja päämääriä. Muutosta kuvattiin myös uskonnollisena ja hengellisenä aktivoitumisena. Usein uskonto palveli kriisin aikana merkityksen ja lohdutuksen lähteenä, mutta sitä kuvattiin harvoin selvään lausutuksi merkityksen lähteeksi syöväälle. (Saarelainen 2017, 3-4).

Pastoraalipsykologisen tutkimuksen kysymyksenasettelut etsivät vastausta Kettusen (1995, 16) kysymykseen, mihin psyykkiseen tarpeeseen yksilö uskoaan käyttää. Kettusen (1995, 18) mukaan pastoraalipsykologia ei tutki esimerkiksi Jumalaa, kuolemanjälkeisyyttä tai iankaikkista elämää, mutta se tutkii sitä, millainen on ihmisissä ilmenevä kuva Jumalasta, mitä kysymys kuolemanjälkeisyydestä tai iankaikkisesta elämästä heille merkitsee.

1.3. Englanninkieliset sielunhoidon aikakauskirjat Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa sekä niiden aikaisempi tutkimus

Grevbo (2006, 9, 448) luettelee seuraavat nykyään ilmestyvät amerikkalaiset sielunhoidon aikakauskirjat:

Journal of Pastoral Care (and Counseling, JPCC), lisäys nimeen vuodesta 2002

Journal of Supervision and Training in Ministry (vuodesta 1978 alkaen, nykyinen nimi Reflective Practice: Formation & Supervision in Ministry, kustantaja sama kuin JPCC:lla)

Journal of Pastoral Theology (alkanut ilmestyä vuodesta 1991, kustantaja sama kuin JPCC:lla, ilmestyy Kanadassa)

Pastoral Psychology (ilmestynyt vuosina 1950 – 1972 ja uudelleen vuodesta 1975, tarkoitettu erityisesti seurakuntapapeille)

Journal of Religion and Health (vuodesta 1961)

Journal of Spirituality in Mental Health (ilmestynyt vuosina 1997 – 2007 nimellä American Journal of Pastoral Counseling)

Journal of Health Care Chaplaincy

Caring Connections. Specialized Pastoral Care Journal. Nykyinen alaotsikko: An Inter-Lutheran Journal for Practitioners and Teachers of Pastoral Care and Counseling. (julkaisija Evangelical Lutheran Church in America, alkanut ilmestyä vuodesta 2004)

Wikstöm (2000, 296) mainitsee lisäksi:

Journal of Psychology and Theology: An Evangelical Forum for the Integration of Psychology and Theology (Alkanut ilmestyä 1973 Kalifornialaisen evankelikaalisen Biola Universityn Rosemead School of Psychologyn julkaisemana.)

Lisäksi ilmestyy ainakin (Lee 1990, 615; Hester 1990, 617-618):

Journal of Psychology and Christianity (vuodesta 1982, julkaisija Christian Association for Psychological Studies)

Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought (ilmestynyt vuosina 1975 – 2003 nimellä Social Thought: Journal of Religion in the Social Services)

Journal of Ministry in Addiction & Recovery (alkanut ilmestyä vuodesta 1993)

Journal of Religion, Spirituality & Aging (ilmestynyt vuosina 1984 – 1990 nimellä Journal of Religion and Aging ja vuosina 1991 – 2004 nimellä Journal of Religious Gerontology)

Journal of Religion in Psychotherapy

Pastoral Care in Education: The Journal for Pastoral Care & Personal-Social Education (alkanut ilmestyä vuodesta 1982)

Sacred Spaces (AAPC:n julkaisema E-journal vuodesta 2009 alkaen)

Isossa Britanniassa ilmestyy (Grevbo 2006, 420, 451, 453):

Contact: An Interdisciplinary Journal of Pastoral Studies

British Journal of Guidance and Counseling (vuodesta 1973)

sekä vielä:

Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy (vuodesta 1988 alkaen).

Saksassa ilmestyy Wege zum Menschen, Pastoraltheologi sekä Psychotherapie & Seelsorge, Norjassa Tidsskrift for sjelesorg ja Suomessa on ilmestynyt Sielunhoidon aikakauskirja vuosina 1988 - 2009.

Amerikkalaisen sielunhoitoliikkeen järjestöjen muovautuminen ja vahvistuminen toisen maailmansodan jälkeen yhdessä taloudellisen vaurastumisen myötä lisäsi kiinnostusta sielunhoidon kirjallisuuden ja artikkeleiden lukemiseen ja julkaisemiseen. The Journal of Pastoral Care (JPC) alkoi ilmestyä vuonna 1947. Julkaisijana oli IPC. CCT alkoi julkaista samana vuonna lehteä nimeltä The Journal of Clinical Pastoral Work ja vuonna 1950 nämä yhdistyivät JPC:ksi. Samana vuonna alkoi ilmestyä kaupallisen julkaisuyhtiön julkaisemana Pastoral Psychology, jonka levikki kasvoi nopeasti 16000 tilaajaan, joista 14000 oli pappeja. Russell Dicks väitti, että tuolloin julkaistiin yhdessä kuukaudessa enemmän tekstiä sielunhoidon alalta kuin koko vuotena 1930-luvulla ja yhdessä vuodessa enemmän kuin 20. vuosisadan ensi neljänneksellä. (Jaatinen 1980, 23; Florell et al. 1983,1; Holifield 1984, 274).

Pastoral Psychologyn ja JPC:n yhdistymisestä käytiin niiden alkuvaiheessa neuvotteluja, mutta ne kariutuivat PP:n kustantajan kaupallisiin intresseihin. Lehden neuvonantajana ja todellisena vaikuttajana toimi Seward Hiltner, joka juuri PP:n välityksellä saattoi kommunikoida yhä kasvavan sielunhoitajien ammattikunnan kanssa. Syksyllä 1972, jolloin lehden levikki oli pudonnut alle 10000:n, se joutui taloudellisiin

vaikeuksiin ja lopetti ilmestymisensä kolmen vuoden ajaksi. Alkaessaan ilmestyä uudelleen vuonna 1975 sen levikki pysytteli 1000:n ja 2000:n välillä. (Oglesby 1969, 13; PP:n julkaisijoista ja vaiheista tarkemmin, ks. Jaatinen 1980, 23-24, Journal of Pastoral Care Publications Inc. (JPCP) kustantamista muista aikakauskirjoista ks. JPCP).

Hakala (2007, 243) mainitsee, että Association for Clinical Pastoral Educationin tärkeimpänä julkaisukanavana toimii edelleenkin kansainvälisesti tunnetuin sielunhoidon aikakauskirja Journal of Pastoral Care (nimeen oli jo tuolloin lisätty: and Counseling). JPCC toimisi siis lähinnä lähimmäiskeskeisen sielunhoidon edustajana, mitä ACPE:n katsotaan olevan. Kuitenkin Hakala (2007, 247) mainitsee sosiopoliittista sielunhoitoa käsitellessään, että tämän hoitomallin painotukset näkyvät nykyään selvästi myös sielunhoidon suurimpien kansainvälisten lehtien (Journal of Pastoral Care, Pastoral Psychology, Journal of Pastoral Theology ja Contact) artikkeleiden teemoissa. Suurimmilla sielunhoidon aikakauskirjoilla on siis intressinä julkaista artikkeleita koskien kaikkia hoitomalleja.

Pelkästään sielunhoidon aikakauskirjoja ei systemaattisesti ole kovin paljon tutkittu. Pro gradu –tutkielmassani (Jaatinen 1980) tutkin sielunhoitoa käyttäen lähteenä yksinomaan aikakauskirjan The Journal of Pastoral Care artikkeleja vuodesta 1952 vuoteen 1979. Oletuksena oli silloin, että laajalevikkisin sielunhoidon aikakauskirja heijastaa edustavasti amerikkalaista sielunhoitoa.

Juha Klaavu on tutkinut psykodynaamisten teorioiden soveltamista sielunhoitoon JPC:ssa vuosina 1990 – 1999. Vertailukohteeksi hän on ottanut vuoden 1990 jälkeen ilmestyneen amerikkalaisen psykodynaamisia teorioita soveltavan sielunhoitoa käsittelevän kirjallisuuden.

Mickey (1970) tutki JPC:n artikkeleita vuosilta 1947-1967, mutta hän on valikoinut yksipuolisesti aineistoaan ottamalla mukaan ainoastaan omasta mielestään tärkeät artikkelit. Niinpä hänen tutkimusaineistonsa, joka käsitti vain runsaat 5 % tutkimusjakson artikkeleista, kallistui ajallisesti jonkin verran alkuvuosille (mediaani 1954). Tuloksensa Mickey on esittänyt aihepiireittäin jättäen ajallisen kehityksen tarkastelunsa ulkopuolelle. Gartner et al. (1990), O'Connor et al (2001) ja Flannelly et al. (2003) ovat analysoineet johtavissa sielunhoidon amerikkalaisissa aikakauskirjoissa

olevien empiiristen tutkimusartikkeleiden kirjoittajien tilastotieteellisiä taitoja ja siten tutkimusten luotettavuutta ja todenneet, että vaikka myönteistä kehitystä onkin tapahtunut esimerkiksi tutkimusten rajoitusten tunnustamisessa, nämä taidot vaativat edelleen kohentamista erityisesti hypoteesien asettamisen, kontrolliryhmien ja otantamenetelmien suhteen.

McCarroll (2015, 223-229) tutki JPCC:ssa vuosina 2010-2014 ilmestyneiden tutkimusartikkelien tyyppejä, tutkimusmenetelmiä ja pääteemoja. Hän huomauttaa, että hänen tutkimuksensa koskee vain JPCC:ssa julkaistuja artikkeleita, eikä yleistyksiä useisiin muihin samankaltaista tutkimusta julkaiseviin aikakauskirjoihin voida tehdä. Tutkituista 102 artikkelista 44 (43,2 %) luokiteltiin teoreettisiksi, 24 (23,5 %) kvalitatiivisiksi ja 34 (33,3 %) kvantitatiivisiksi. Kvalitatiivisiksi luokitelluissa artikkeleissa käytettiin tai suositeltiin tutkimusmenetelminä fenomenologista lähestymistapaa, kvalitatiivista menetelmää tai case study/tapauskertomuksia kussakin 18:ssa, narratiivista lähestymistapaa yhdeksässä, Grounded theorya viidessä ja etnografista lähestymistapaa kahdessa artikkelissa. Pääteemat jakautuivat seuraavasti: spiritualiteetti ja sielunhoidon teoria 22 (21,5 %), sielunhoidon määrittely ja sen teoriapohjan selventäminen 16 (15,6 %), sielunhoidon koulutus ja työnohjaus 13 (12,7 %), erilaisten sairauksien ja muiden tilannekriisien (burn-out, suru, kuolema, ikääntyminen) sielunhoito 38 (37,5 %), seurakuntapappien sielunhoitoasenteet ja -käytännöt kahdeksan (7,8 %), etiikka neljä (3,7 %) ja muu teema yksi (1,0 %).

Sielunhoidollisesta kirjallisuudesta on ilmestynyt montakin tutkimusta, muiden muassa Stollberg (1969), de Jongh van Arkel (2000) ja Grevbo (2006). Stone (2001, 181-183) tutki sisällönanalyysin menetelmällä Yhdysvalloissa vuosina 1949 - 1999 sielunhoidosta kirjoittaneen 26:n henkilön teoksia siitä näkökulmasta, mitä lähteitä he ovat käyttäneet ja miten hyödyllisiä heidän teoksensa ovat paikallisseurakunnassa tehtävän sielunhoitotyön kannalta.

JPC:n julkaisupohja on laaja ja ekumeeninen, jopa uskontojen välinen. Amerikkalainen sielunhoitoliike on monien kristillisten uskontokuntien mantereella jo lähtökohdiltaan aina ollut laajasti ja avoimesti ekumeeninen, mikä on ollut eräs sen suurimmista vahvuuksista ja moniuskontoisessa maassa vuorovaikutusta on ollut myös eri uskontokuntien välillä. Tutkittavana aikavälinä julkaisijoihin ovat kuuluneet: ACPE, The Canadian Association for Pastoral Education (nykyinen nimi: Canadian Association

for Pastoral Practice and Education, CAPPE), AAPC vuoteen 2003, American Protestant Correctional Chaplains Association 1983 - 1995, The Association of Mental Health Clergy 1983 - 2009 ja The College of Chaplains of the American Protestant Health Association 1984 - 2009, jotka kaksi viime mainittua yhdistyivät vuonna 1998 Association of Professional Chaplains -järjestöksi, The National Institute of Business and Industrial Chaplains vuodesta 1984, The National Association of Catholic Chaplains (NACC) 1986 – 1995, The National Association of Jewish Chaplains vuodesta 1991 ja College of Pastoral Supervision and Psychotherapy vuodesta 2003. (JPC 1980 – 2008, takakannet; ks. myös diagrammi lehden julkaisuhistoriasta: Mission history 2009. ACPE:n ja AAPC:n syntyhistoriasta ja eroavaisuuksista tarkemmin ks. Jaatinen 1980, 1-19).

The Association of Mental Health Clergy koostui JPC:iin liittymisensä aikana lähes kuudesta sadasta mielisairaaloissa, mielenterveyskeskuksissa ja vastaavissa laitoksissa toimivasta papista, rabbista tai uskonnon ammattilaisesta. The American Protestant Correctional Chaplains Associationiin kuului vastaavasti noin neljä sataa protestanttisten kirkkojen työntekijää – myös vapaaehtoisia maallikoita, jotka toimivat rangaistuslaitoksissa. (Florell et al. 1983, 1-4). The College of Chaplains of the American Protestant Health Association perustettiin 1946 Philadelphiassa ja sen ensimmäiseksi puheenjohtajaksi tuli Russell L. Dicks. Jäsenet toimivat aluksi protestanttisten sairaaloiden pappeina, mutta myöhemmin toiminta on laajentunut erilaisiin toimintaympäristöihin ja mukaan on tullut myös katolisia pappeja sekä jäseniä juutalaisesta traditiosta. Jäsenmäärä vuonna 1988 oli lähes kaksi tuhatta. (Byrd & Jessen 1988, 228–232). The National Institute of Business and Industrial Chaplains perustettiin 1970. Jäsenet toimivat erilaisissa työpaikoissa ja jäsenmäärä oli 1988 noin 150. (Eades 1988, 246 – 247).

1986 toivotettiin myös The National Association of Catholic Chaplains (NACC) tervetulleeksi JPC:n julkaisijoihin. Järjestö toi katolisena vahvan seurakunnallisen, sakramentaalisen, spirituaalisen ja teologisen elementin sielunhoitotyöhön. Maaliskuussa 1988 sillä oli 3372 jäsentä, joista 15 % oli maallikoita, 28 % pappeja ja loput 53 % sisarjärjestöihin (religious sisters) kuuluvia. Maallikkonaiset mukaan lukien naisten osuus oli 65 %. Järjestön liittyminen tiesi huomattavaa lisäystä JPC:n levikkiin. (Aist 1986,3-4; Gatti 1988, 241). Järjestö erosi julkaisukunnasta 1995. The National Association of Jewish Chaplains liittyi syksyllä 1991 JPC:n julkaisijoihin –

ensimmäisenä juutalaisjärjestönä ylipäänsä CPE-liikkeeseen. Järjestö on perustettu 1988 Minneapolisissa ja sillä oli kirjoitusaikana melkein kolme sataa jäsentä. He odottivat pääsyä CPE-koulutuksiin ja olivat tarjoamassa myös juutalaista erityisnäkökulmaa CPE-liikkeeseen. (Strunk 1991, 332; Silberman 1992, 1-2). Vuonna 2003 The College of Pastoral Supervision and Psychotherapy liittyi vielä JPCC:n julkaisijoihin. Järjestö perustettiin 1990 ja otti iskulauseekseen ”sielun paluu” (”Recovery of Soul”). Se ilmoitti tavoitteekseen palata teologiaan, mikä ei merkitse psykologian tärkeyden eikä psykoanalyttisen teorian käytännön papin työhön tekemän tärkeän vaikutuksen väheksymistä, mutta halusi korostaa sitä, että teologia on päättäväispisteenä. Se halusi korostaa, että kliininen koulutus merkitsee enemmän persoonallisuuden muutosta kuin taitojen oppimista. Järjestö halusi palata ruohonjuuritasolle ja sanoi löytäneensä uudelleen Helen Flanders Dunbarin, Boisenin työtoverin. (deVelder & Lawrence 2003, 1-2). On mielenkiintoista, että juuri tämän kaltainen järjestö liittyi JPCC:n julkaisijoihin samana vuonna kuin AAPC erosi.

Suomalaisittain on mielenkiintoista, että luterilaiset eivät enää suoranaisesti kuulu JPC:n julkaisijoihin, vaikka ovat olleet Granger Westbergin tapaan pioneereja ja johtajia CPE-liikkeessä vuosikymmeniä. Vuonna 1945 Missouri Synodin sosiaalisen hyvinvoinnin neuvoston sihteerinä Henry Wind alkoi suunnitella kliinistä koulutusohjelmaa luterilaisille papeille ja seminaareille. Vuonna 1947 perustettiin Lutheran Advisory Council on Pastoral Care ja vuonna 1951 se oli mukana päättämässä sielunhoitajien yhteisistä pätevyysvaatimuksista ja vaikutti suuresti lopullisten vaatimusten muotoutumisessa vuonna 1967. Itse asiassa juuri se kutsui koolle CPE:n ja IPC:n neuvottelun, joka johti myöhemmin näiden yhdistymiseen ja ACPE:n perustamiseen. Vieläkin luterilaiset ovat aktiivisesti mukana ACPE:n toiminnassa. Silti vuonna 2011 kaksi Pohjois-Amerikan suurinta luterilaista kirkkoa: Evangelical Lutheran Church in America (ELCA, noin 4,5 miljoonaa jäsentä) ja Missouri Synodi (noin 2,5 miljoonaa jäsentä) julkaisevat edelleenkin yhdessä omaa sielunhoidon aikakauskirjaa *Caring Connections: An Inter-Lutheran Journal for Practitioners and Teachers of Pastoral Care and Counseling*. (Clinical Pastoral Education; About Caring Connections 2004; luterilaisten panoksesta CPE-liikkeessä, ks. ACPE: History Corner; Hougum 1990, 670).

JPC:n toimituspäällikkönä ja toimituskunnan puheenjohtajana on toiminut vuosina 1974 – 1984 John H. Patton, joka toimi Georgian sielunhoitoyhdistyksessä ja vuosina 1984 –

2008 Orlo Strunk, Jr. Hän oli Bostonin Yliopistossa teologian ja pastoraalipsykologian professorina. Vuodesta 2009 alkaen puheenjohtajana ja päätoimittajana on toiminut rabbi Terry R. Bard. Hän on puolestaan toiminut opettajana Harvardin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan psykiatrian osastossa. (Hester 1990, 617; Carr 2009, 1-2; JPCP, Terry Bard Biography).

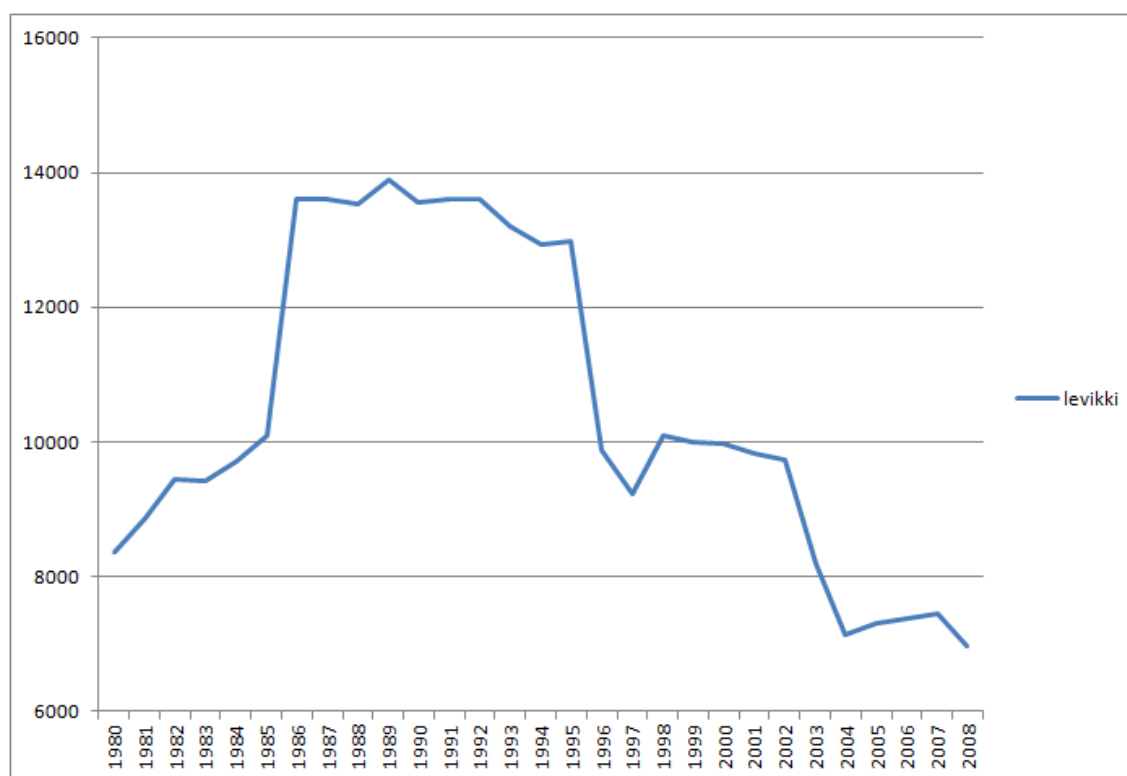
JPC ilmoitti vuonna 1980 olevansa julkaistu kiinnostuksesta jakaa kokemuksia papin työstä, sielunhoidon teologiasta, kliinisestä sielunhoidon koulutuksesta ja ohjannasta (pastoral counseling) sekä papin työn suhteesta muihin auttamisammatteihin. Se on vuodesta 1998 etukannessaan ilmoittanut olevansa sielunhoidon (pastoral care and counseling) ja koulutuksen ammattijulkaisu. Vuodesta 2002 ulkoasu ja nimi muuttuivat (JPCC) ja lehden tarkoituksena ilmoitettiin olevan papin työn (chaplaincy), koulutuksen, hengellisen hoidon (spiritual care) ja tutkimuksen ammattijulkaisu. Tähän painopisteen muutokseen liittyy AAPC:n vetäytyminen julkaisijoista. AAPC alkoi julkaista vuonna 2009 omaa E-journalia Sacred Spaces. Vuodesta 2009 JPCC:n julkaisija ilmoittaa lehden tarkoituksena olevan edistää [sielunhoidon] teoriaa ja ammatillista käytäntöä sielunhoidon ja hengellisen hoidon (pastoral and spiritual care), ohjannan (counseling), psykoterapian, koulutuksen sekä tutkimuksen tieteellisen ja pohdiskelevan kirjallisuuden avulla. (Strunk 2004, 1; Mission; JPC&C. JPC:n vaiheista, tavoitteista, päätoimittajista ja toimituskunnista ennen vuotta 1980 tarkemmin, katso Jaatinen 1980, 20-23).

Vuodesta 1980 vuoteen 2014 (35 vuotta) JPCC:n 128 numerossa on ilmestynyt yhteensä 974 varsinaista artikkelia. Keskiarvo vuotta kohden on siis noin 28 artikkelia ja lehteä kohden 7,0 artikkelia. Vastaavat arvot vuosina 1952 – 1979 (28 vuotta, 112 numeroa) olivat 602, 21,5 ja 5,4 (Jaatinen 1980, 26). Lehti on siis verrattuna edelliseen tutkimusjaksoon hieman paisunut.

JPC:n levikki liikkui vuosina 1960-1967 1100:n ja 1500:n välillä. 1968 levikki yli kaksinkertaistui 3300:aan ja 1971 jälleen tuplaantui 7000:een Pastoral Psychology - lehden lakatessa ilmestymästä. Levikin huippu (8655) 1970-luvulla saavutettiin 1976 ja se pysyi noin 8000:ssa vuosikymmenen loppuun. (Jaatinen 1980, 26). Vuosina 1980 - 2008 JPCC:n levikki on kehittynyt taulukon 1 ja kuvion 3 mukaisesti.

Taulukko 1 The Journal of Pastoral Care and Counseling, levikki 1980-2008

1980	8355	1988	13524	1996	9880	2004	7141
1981	8862	1989	13901	1997	9223	2005	7302
1982	9434	1990	13567	1998	10084	2006	7383
1983	9410	1991	13610	1999	10008	2007	7454
1984	9707	1992	13610	2000	9984	2008	6980
1985	10094	1993	13192	2001	9826		
1986	13613	1994	12921	2002	9742		
1987	13613	1995	12975	2003	7928		



Kuvio 3 The Journal of Pastoral Care and Counseling, levikki 1980-2008

Tiedot on saatu kunkin vuosikerran viimeisen numeron takalehdillä olevasta virallisesta omistuksen, hallinnon ja levikin ilmoituksesta. Mukaan ei ole otettu vapaakappaleita tai myytäväksi tarkoitettuja lehtiä – painettujen lehtien määrä on levikkiin nähden noin tuhat suurempi. Vuodesta 2009 alkaen lehti on ilmestynyt on line -versiona, eikä tarkkoja levikkitietoja näin ollen ole ilmoitettu. Vuosina 1987 – 1995 levikki pysyi noin 13000:ssa, huippuvuonna 1989 lähes 14000:ssa. 1996 levikki väheni noin 10000:een vuoteen 2002 asti päätyen noin 7000:een, 1970-luvun alkuvuosien tasoon. Syitä levikin vähenemiseen on monia: Vuosina 1986 – 1995 NACC kuului julkaisijoihin, mikä näkyy korkeina levikkilukuina ja 2003 AAPC vetäytyi pois julkaisijoista, jolloin lehti joutui

taloudellisiin vaikeuksiin ja oli pakotettu supistamaan sivumääräänsä ja julkaistavien artikkelien määrää sekä muuttamaan ulkoasuun aikaisempaa vaatimattomammaksi (Strunk 2004, 1). Vuoden kaksi ensimmäistä numeroa ilmestyivätkin kaksoisnumerona vuosina 2004 – 2008, mutta vuoden lopulla alkoi ilmestyä lisälehti (supplement), joten kokonaisuutena vuosikerta pysyi neljässä lehdessä. Lisäksi samaan aikaan ilmestyneet monet muun alan erikoislehdet saattoivat syödä levikkiä. Vertailun vuoksi mainittakoon, että Suomessa Sielunhoidon aikakauskirjan säännöllisiä tilaajia on ollut keskimäärin 300 ja vapaakappaleet ja myyntiin tarkoitettut lehdet mukaan lukien painos ollut noin 1400 kpl (Jaatinen 2006, 4).

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

2.1. Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sielunhoidon teorian ja käytännön muutoksia siten, kuin ne ilmenevät amerikkalaisessa sielunhoidon aikakauskirjassa *The Journal of Pastoral Care and Counseling* (JPCC) vuosina 1980–2014 ilmestyneissä artikkeleissa. Tehtävänä on siis tutkia, miten artikkelien kirjoittajien edustama sielunhoitokäsitys on tutkimusaikana muuttunut. Taustateorioina ovat norjalaisen Tor Johan Grevbon laatima sielunhoidon suuntauksien luokittelu ja eteläafrikkalaisen Jan T. de Jongh van Arkelin esittämät sielunhoidon tasot.

Grevbon mallia on yksinkertaistettu siten, että hänen kahdeksan hoitomalliaan on yhdistetty neljäksi: julistava, dialoginen, syvyyspsykologinen ja sosiopoliittinen sielunhoito. Nämä hoitomallit voidaan sijoittaa de Jongh van Arkelin neljään sielunhoidon tasoon (mutual care, pastoral care, pastoral counseling ja pastoral therapy) johdantoluvussa sivulla 15 esitetyllä tavalla. Sielunhoidon puitteet, hoidettavan ikä ja ongelmat sekä sielunhoitajan koulutus, kyvyt ja tausta vaikuttavat hoidon tavoitteisiin sekä valittavaan sielunhoidon tasoon ja hoitomalliin, mistä seuraa käytettävät sielunhoidon menetelmät eli sielunhoidolliset toimenpiteet ja välineet. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus tutkia, miten nämä ovat artikkeleissa ajallisesti muutoksessa ja millä tavoin toisiinsa nähden vuorovaikutuksessa.

Tärkeää on siis saada selville, mitkä taustatekijät vaikuttavat siihen, että tiettyä sielunhoitomallia suositellaan käytettäväksi ja miten eri sielunhoidon tasoihin suhtaudutaan. Siksi tarkastellaan myös sitä, miten kirjoittajat ovat argumentoineet esityksensä ja kohdeanalyysin lisäksi tehdään myös asennoitumisanalyysi eli tutkitaan paitsi sitä, mistä asioista on kirjoitettu myös sitä, miten niihin on suhtauduttu. JPCC:n julkaisijoista suurimmat muutokset koskevat NACC:n mukanaoloa vuosina 1986-1995 ja AAPC:n jättäytymistä pois vuonna 2003. Näiden tapahtumien oletetaan heijastuvan myös lehden sisällössä.

Tämän tutkimuksen taustalla on vuonna 1980 valmistunut pro gradu -tutkielmani ”Sielunhoitajan identiteettiä etsimässä. Sisällönanalyttinen tutkimus sielunhoidosta aikakauskirjassa *The Journal of Pastoral Care* vuosina 1952 – 1979”. Tämän tutkimuksen tehtävänasettelu on sikäli erilainen, että taustateoriat ovat muuttuneet,

mutta vaikka luokitusrunko on päivitetty nykyisten sielunhoidon teorioiden ja käytäntöjen mukaiseksi, tulosten oletetaan olevan suurelta osin vertailukelpoisia edellisen tutkimuksen kanssa.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan sitä, miten arvostetun ja julkaisupohjaltaan laajan sekä kansainvälisesti tunnetun sielunhoidon aikakauskirjan edustaman sielunhoidon teoria ja käytäntö ovat muuttuneet. McCarrollin (2015, 224) JPCC:a käsittelevän tutkimuksen mukaisesti on syytä huomauttaa, että myös tämä tutkimus koskee vain JPC(C):ssa julkaistuja artikkeleita, eikä yleistyksiä useisiin muihin samankaltaista tutkimusta julkaiseviin aikakauskirjoihin voida tehdä. Tutkimuskohde on referee-julkaisu ja omankin maamme kannalta sikäli relevantti, että Euroopassa ja myös Suomessa annetun sielunhoitokoulutuksen juuret ovat joka tapauksessa amerikkalaisessa sielunhoitoliikkeessä. Tutkimustuloksina odotetaan saatavan yleiskuva JPCC:n edustamasta sielunhoitokäsityksestä. Samat trendit tuntuvat rantautuvan Suomeenkin jollain aikaviiveellä.

2.2. Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytetään tilastollista sisällön erittelyä lisättynä runsaalla sanallisella kuvailulla artikkeleista poimituin esimerkein. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 107) määrittelevät sisällön erittelyn tarkoittamaan dokumenttien analyysiä, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä. Sisällön analyysillä sitä vastoin tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti.

Sisällön erittelyn määrittelyssä viitataan usein Bernard Berelsonin ensimmäiseen sisällön erittelyn menetelmäkirjaan, jonka mukaan sisällön erittely on kommunikaation ilmisisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua (Berelsson 1952, 18). Tuomen ja Sarajärven (2002, 106–107) mukaan sisällön erittelyyn suomalaiseen tutkimuskäytäntöön lanseeranneet Pietilä ja Eskola ovat molemmat sitä mieltä, että koska systemaattisuus ja objektiivisuus ovat osana kaikkea tieteellistä tutkimusta, määritelmää on syytä tarkentaa. Eskola onkin yksinkertaistanut tätä määritelmää sanomalla sisällön erittelyn olevan kommunikaation sisällön tieteellistä tutkimista

(Eskola 1967, 107). Pietilän (1976, 53) mukaan sisällön erittely on joukko menettelytapoja, joiden avulla dokumenttien sisällöstä tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen tehdään havaintoja ja kerätään tietoja.

Kun tehtävänä on tutkia lehden sisältöä ja siinä tapahtunutta muutosta tietyssä aikavälillä, tutkimus voidaan suorittaa kahdella eri menettelytavalla: sanallisesti taikka tilastollisesti kuvailemalla. Milloin tutkittava aineisto on laaja, kuvailtavia piirteitä runsaasti ja kuvailussa pyritään vertailtavuuteen ja yleistettävyyteen, on luokitteleva ja tilastollinen kuvailu usein pelkkää sanallista kuvailua pätevämpi menettelytapa. (Pietilä 1976, 31, 33). Vaikka sisällönanalyysi onkin laskettu kvalitatiivisen tutkimuksen haaraksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 163), tässä tutkimuksessa painopiste on tutkimustulosten kvantitatiivisessa esittämisessä, jota täydennetään kvalitatiivisella kuvailulla: artikkeleista poimituilla esimerkeillä. Tämä antaa tutkimuskohteesta tarkemman kuvan, kuin pelkkä tilastollinen kuvailu, joka saattaa joskus olla jopa ristiriidassa käytettyjen lähteiden todellisen merkityksen kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109). Hirsjärvi et al. (1997, 133) mukaan kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote täydentävät toisiaan hedelmällisesti mm. siinä suhteessa, että tuloksia voidaan laajentaa koskemaan koko aineistojoukkoa, johon on muuten kenties vaikea saada otetta. Näin on asian laita juuri tämän tutkimuskohteen kanssa.

Sisällönanalyysi soveltuu hyvin tutkimuksen kohteena olevaan aineistoon, jossa artikkeli muodostaa luonnollisen havaintoyksikön eli analyysiyksikön. (Kynäs & Vanhanen 1999, 4; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Näin meneteltäessä havaintoyksiköt muodostuvat keskenään suunnilleen yhtä suuriksi. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistoksi otettiin vain JPC:n varsinaiset artikkelit, ei siis pääkirjoituksia, vastineita, henkilökohtaisia mietiskelyjä (personal reflections), lyhyitä ajatusten vaihtoja, kirja-arvosteluja eikä runoja, jotka pituudeltaankin olisivat olleet artikkeleita huomattavasti lyhyempiä ja sisällöltään erilaisia eivätkä sellaisina vertailukelpoisia.

Artikkeliä käytetään myös otosyksikkönä. Otosyksiköksi olisi voitu valita laajempikin kokonaisuus: lehden numero tai vuosikerta, mikäli olisi helpottanut otoksen suorittamista. Aineistossa on kuitenkin monia teemanumeroita, jolloin kussakin lehden numerossa on käsitelty vain yhtä sielunhoidon aihepiiriä. Mikäli otosyksikkönä olisi käytetty lehden numeroa tai vuosikertaa, monta tällaista aihepiiriä olisi pudonnut pois ja informaatiota olisi näin menetetty. Myös Pietilä suosittelee otos- ja havaintoyksikön

samana pitämistä (Pietilä 1976, 102, 128). Artikkelia käytetään tässä tutkimuksessa myös luokitusyksikkönä. Tavallisesti havaintoyksikkö on luokitusyksikköä suurempi ja sisältää useita luokitusyksiköitä. Poikkeustapauksessa havaintoyksikkö ja luokitusyksikkö ovat samoja. Mikäli artikkelin voidaan katsoa sisältävän vain yhden alkion – kuten tässä tutkimusaineistossa useimmissa tapauksissa on asian laita, ei sen käyttäminen luokitusyksikkönä ole erityisen problemaattista. Tällaisella menettelytavalla saavutetaan tiettyjä etuja: luokittelu muuttuu nopeammaksi ja vältetään artikkelin jakamisesta lausumiksi, mikä tässä tutkimuksessa olisi muodostunut erittäin vaikeaksi ja aikaa vieväksi. (Pietilä 1976, 109, 111, 114. Pietilän käyttämä termi ”juttu” vastaa tässä tutkimuksessa artikkelia).

Yhteysyksikköä on jokainen sisältöluokka huomioon ottaen tässä tutkimuksessa vaikea yleisesti määritellä. Useimmissa tapauksissa yhteysyksikkönä on sielunhoito tai sielunhoitaja; toisin sanoen käsitelläänkö asiaa sielunhoidon tai sielunhoitajan toiminnan yhteydessä. Mittayksikkö on määritelty siten, että luokitusyksikkö eli artikkeli saa arvon yksi. Se siis kirjataan kuhunkin sisältöluokkaan, johon viittaavia alkioita se sisältää, samantarvoisena riippumatta siitä, montako mainintaa artikkelissa on kyseisestä asiasta. Koska kyseessä on kohdeanalyysin lisäksi myös asennoitumisanalyysi, käytetään sellaisissa sisältöluokissa, joissa suhtautumista voi esiintyä seuraavanlaista arviointiasteikkoa: 0 = ei maininta, 1 = suhtaudutaan negatiivisesti, 2 = suhtaudutaan neutraalisti, 3 = suhtaudutaan positiivisesti. Näissä sisältöluokissa arvot 1 – 3 yhdessä näyttävät sen, kuinka monessa artikkelissa mistäkin asiasta on kirjoitettu.

2.3. Tutkimuksen suorittaminen ja luotettavuus

Luokitusrunon eli analyysirunon muodostavien sisältöluokkien valintaa pidetään tärkeimpänä sisällön erittelyä käyttävän tutkimuksen vaiheena. Sisältöluokat voidaan muodostaa painottaen joko tutkittavan aineiston sisältöä tai jotain ulkopuolista käsitejärjestelmää, viitekehystä tai teoriaa. (Pietilä 1976, 96, 97; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110, 116). Kun lähtökohtana on samasta tutkimuskohteesta aikaisemmin tekemäni sisällönanalyttinen tutkimus (Jaatinen 1980) ja tutkimusaineisto siten ennestään jossain määrin tuttua, oli luontevaa ensin päivittää

luokitusrunko sielunhoidon ja tutkimuskohteen nykytilannetta vastaavaksi. Se tehtiin lähinnä suomalaisen kirjallisuuden pohjalta ja sielunhoidon hoitomallien osalta on tukeuduttu ja de Jongh van Arkelin (2000) ja Grevbon (2006) tutkimuksiin, jotka pohjautuvat ajankohtansa sielunhoidon maailmankirjallisuuteen. Tämän työn tulokset on esitelty luvuissa 1.1. ja 1.2. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi jo itsessään olla toisen asteen teoreettinen tutkimus eli tutkimustiedon tutkimus. Tämä tutkimus alkoi siis teorialähtöisesti, deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110, 120).

Vanhaan luokitusrunkoon ei haluttu tehdä turhaan muutoksia vain tarkoitushakuisesti, jotta tulokset voisivat olla mahdollisimman vertailukelpoisia edellisen tutkimuksen kanssa. Toisaalta luokitusrunгон haluttiin ankkuroituvan mahdollisimman lujasti sielunhoidon ja psykoterapian nykyteorioihin.

Luokitusrunгон (**liite 1**) muuttujat 4 – 12 on muodostettu aineistolähtöisesti artikkeleihin etukäteen tutustumalla. Hoidettavien ongelmien luetteloa (muuttuja 11) on täydennetty seuraavilla tutkimuksilla: Mielenterveysongelmissa on käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 julkaisemaa suomalaista 3. uudistettua painosta Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10–tautiluokituksesta. Verrattuna edelliseen tutkimukseeni (Jaatinen 2012, 147) mielenterveyden ongelmien jaottelu on sikäli muuttunut, että psykoosia ja neuroosia ei enää eroteta toisistaan yhtä jyrkästi ja rajatila on jäänyt kokonaan pois (ICD-10 2011). Siksi luokitusrungossa on skitsofrenia ja mielialahäiriöt sekä toisaalta neuroottiset, persoonallisuus- ja muut häiriöt yhdistetty omiksi luokikseen. Tämä ei sikäli haittaa vertailtavuutta, koska analyysissä mielenterveyden häiriöt voidaan yhdistää omaksi muuttujakseen. Tilannekriiseissä sekä ihmissuhde- ja muissa ongelmissa on luokitusrunkoa täydennetty käyttämällä Sihvon (Sihvo 1971, 28) palvelevaa puhelinta koskevassa tutkimuksessa sekä Kruusin (Kruus 1980, 84) sairaalasielunhoitoa koskevassa tutkimuksessa olevia ihmisongelmien luetteloja. Sielunhoidon tavoitteet (muuttujat 13 – 22) on esitetty siinä järjestyksessä, miten syvälle autettavan persoonallisuuteen pyritään vaikuttamaan. Asteikko ulottuu pelkästä oireiden lievenemisestä persoonallisuutta syvästi muuttavaan oivallukseen saakka. Tämän luettelon laatimisessa on sovellettu Achté et al. (1991, 173–174) esittämiä psykoterapian kliinisiä ja dynaamisia tavoitteita. Kruusin esittämät ryhmäterapian tavoitteet soveltuvat myös yksilöterapian tavoitteiksi tähän tutkimukseen (Kruus 1980, liites. 19).

Suosittelujen hoitomallien (muuttajat 45 -55) ja niiden käyttämien sielunhoidollisten menetelmien (muuttajat 23 – 44) pohjana on Kruusin tutkimus (1980, 34-35). Tähkän (1972, 172 -190) sekä Achtén et al. (1990, 103) luetteloa eri psykoterapioista täydentää *Psykoterapiat* –teos, jonka mukaan uusia psykoterapianimikkeitä tuotetaan varsin vauhdikkaasti (kirja esittelee niitä reilut 30); niinpä kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia ovat jo vanhoja, yleiseksi muuttuneita nimikkeitä, kun taas esimerkiksi dialektinen käyttäytymisterapia, kognitiivis-analyttinen terapia ja interpersoonaalinen terapia edustavat 1980-luvulla muotoutuneita työskentelyotteita (Leiman 2012, 319). Luokitusrungossa nämä on yhdistetty yhden muuttujan 53 alle, joskin ovat artikkeleissa mahdollisesti esiintyessään helposti poimittavissa ja onkin mielenkiintoista nähdä onko sielunhoidossa otettu mallia uusimmista terapiamuodoista. Sielunhoidolliset toimenpiteet (muuttajat 23-33) on esitetty siinä järjestyksessä, miten syvälle autettavan tiedostamisen kerroksiin ja kuinka paljon hänen persoonallisuutensa muuttumiseen niillä pyritään vaikuttamaan. Niinpä pelkkä hoidettavan huomioiminen ei muuta häntä lainkaan, kun psykoanalyttinen tulkinta taas lisää suuresti autettavan itsetuntemusta. Tähkä mainitsee analyttisen viitekehyksensä pohjalta arvioinnin ja kyselemisen ohella terapeuttisiksi toimenpiteiksi kuuntelemisen, neuvojen antamisen, suggestion, katarssin, manipulaation, informaation antamisen (opettamisen), konfrontaation, klarifikaation ja tulkinnan. Clinebell (1975, 31- 33) suosittelee asiakaskeskeisessä menetelmässä käytettyjen toimenpiteiden – kuuntelun, refleктоimisen ja katarssin lisäksi neuvomista, ohjaamista, opettamista, tukemista, rohkaisua ja konfrontaatiota. Opinto-oppaassaan de Jongh van Arkel (2000a, 222-229) keskittyy kuuteen tärkeään pastoraaliterapeuttiseen taitoon: läsnäoloon, aktiiviseen kuunteluun, empatiaan, tutkimiseen, yhteenvedon tekemiseen ja haastamiseen.

Kaikkiin psykoterapioihin sisältyy potilaan auttaminen havainnoimaan omia mielen toimintojaan, tuntemuksiaan ja toimintatapojaan ja niissä pyritään hänen itseymmärryksensä lisääntymiseen ja havainnoinnin sävyn muuttumiseen itseä kohtaan hyväksyvämmäksi. Potilaan havainnoivan suhteen riippuvuus havainnon kohteesta on seikka, joka kaikkien psykoterapioiden on tavalla tai toisella otettava huomioon. Se ei kuitenkaan vielä riitä: potilaan tapa kokea terapeuttinsa säätelee sitä, mikä voi tulla ilmaistuksi ja siten havainnoinnin kohteeksi. Freud kuvasi sitä sanalla transferenssi. Monet Freudin havainnoimat ilmiöt, kuten terapeutin puolueeton ja arviointia karttava työote, potilaan subjektiivinen tapa kokea terapeuttinsa ja hänen tietoisien

itsehavainnointinsa merkitys ongelmien selvittelyssä ovat vähitellen tulleet osaksi myös kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden työskentelyotetta, vaikka esiintyvätkin yleensä uusina termeinä. (Leiman 2012, 320-322).

Irja Kilpeläinen (1978, 179) laskee sielunhoidon välineisiin (muuttujat 34-44) sielunhoitajan oman persoonan ja vuorovaikutuksen autettavaan, Raamatun, rukouksen, virret, laulut ja musiikin, ripin sekä sakramentit: kasteen ja ehtoollisen. Seurakunnalliset ja muut ryhmät voivat olla sielunhoidon välineitä: niiden välityksellä sielunhoitaja voi käyttää monia erilaisia sielunhoidollisia toimenpiteitä.

Luokitusrunгон päivittämisessä tältä osin suurena apuna oli ensiksikin Grevbon (2006) ja toiseksi Hakalan (2007) tutkimukset. Raamattuperustaisessa ja julistavassa (kerygmaattisessa) sielunhoidossa on niin paljon yhteistä, että suomalaisessa sielunhoidon tutkimuksessa niitä ei ole erotettu toisistaan. Samoin menetellään tässä tutkimuksessa: ne yhdistetään samaksi muuttujaksi 45. Karismaattiseen hoitomalliin kuuluvia erityistoimenpiteitä, kuten profetoiminen tai parantaminen on lisätty muuttujaan 33 “muu toimenpide” ja hoitomallina se on helppo poimia muuttujaan “muu hoitomalli” (55). Mikäli tämä hoitomalli kuitenkin olisi noussut lähdemateriaalista voimakkaasti esille esimerkiksi koeluokituksen perusteella, se olisi ollut helppo erottaa luokitusrungossa myöhemmin omaksi muuttujakseen. Näin ei kuitenkaan näyttänyt olevan. Vaikka suomalaisessa käytännössä hengellinen ohjaus on erotettu erilliseksi toimintamuodokseen, sielunhoidollisiin “muihin välineisiin” (muuttuja 44) on tarkennettu esimerkkinä hiljaisuus ja meditointi ja “muihin hoitomalleihin” (muuttuja 55) hengellinen ohjaus, jonka suhteen voidaan tarvittaessa menetellä vastaavalla tavalla kuin karismaattisen hoitomallin kohdalla.

Terapeuttisesti painottuneen sielunhoidon Grevbo (2006, 351) jakaa syvyyspsykologiseksi (analyyttiseksi) ja lähimmäiskeskeiseksi sielunhoidoksi. Siksi tässä tutkimuksessa syvyyspsykologinen sielunhoito saa oman muuttujansa 47 ja psykoanalyysi ja muu analyttinen terapia yhdistetään yhdeksi muuttujaksi 51. Edellisessä tutkimuksessa käytettiin Lauri Kruusin (1980, 51) kolmijakoa: julistava, hoitava ja osallistuva sielunhoito. Nyt kaksi viimeistä yhdistetään tämän tutkimuksen luokitusrungossa yhdeksi lähimmäiskeskeisen (dialogisen) hoitomallin muuttujaksi 46, sillä aineiston alustavan käsittelyn perusteella dialogiseen vuorovaikutussuhteeseen perustuva sielunhoito näyttää syrjäyttäneen puhtaasti rogersilaisen ei-ohjaavan

refleктоivan mallin. Taustalla on myös de Jongh van Arkelin nelijako, joka on yhdistetty Grevbon luokitteluun luvussa 1.2.1. esitetyllä tavalla. Opinto-oppaansa lopussa de Jongh van Arkel (2000a) esittelee vielä kriisi-intervention ja menetyksen sielunhoidon (bereavement counselling). Painopiste on kuitenkin Grevbon jaottelussa, jota on yhdistelty ja yksinkertaistettu.

Sosiopoliittinen sielunhoito on noussut uudemmassa sielunhoitokirjallisuudessa niin voimakkaasti esille, että tämä uusi hoitomalli otetaan luokitusrunkoon omaksi muuttujakseen 50. Uudet profeetalliset toimenpiteet (vastarinta, voimaannuttaminen, hoivaaminen ja vapauttaminen) luokitellaan luokitusrunkon muuttujaan muu toimenpide 33 sekä kyky interpatiaan lisätään sielunhoitajan muihin edellytyksiin (muuttuja 67). Suomalaisessa tutkimuksessa on tuotu esille myös diakoninen sielunhoidon malli (Hakala 2007, 249-251; Kiiski 2009, 49-50). Tämän tutkimuksen primaarilähteistä ei diakonisen auttamistyön painotuksia oleteta nousevan suoraan esille, mutta mikäli esimerkiksi taloudellinen auttaminen mainitaan toimenpiteenä, ei mikään estä lisäämästä sitä luokitusrunkon kohtiin ”muu toimenpide tai väline” (33). Myös ratkaisukeskeiset lähestymistavat ovat tulleet antamaan vaikutteita sielunhoidon kokonaiskenttään. Siksi luokitusrunkoon on syytä lisätä kriisisielunhoito tai muu ratkaisukeskeinen hoitomalli 48 ja sielunhoidollisiin välineisiin testien lisäksi muut ”kirjalliset välineet”: elämänjana, sukupuu, verkosto- ja aarrekartta (muuttuja 38) sekä toiminnalliset menetelmät kuten ongelman ulkoistaminen ja tyhjän tuolin tekniikka (muuttuja 39). Koska kognitiivinen uskontotiede on ainakin Suomessa alkanut osoittaa kiinnostusta pastoraalipsykologista tutkimusta kohtaan, argumentointimuuttujaan 79 on lisätty psykologisen ja lääketieteellisen tutkimuksen lisäksi myös uskontotieteellinen tutkimus. On mielenkiintoista nähdä, löytyykö JPC:n kirjoittajien joukosta myös uskontotieteilijöitä.

Muuttujilla 56 – 67 mitataan asioita, taipumuksia ja kykyjä, joita hyvältä sielunhoitajalta edellytetään. Keskustelukumppanin auttamisen tehokkuudessa on eri hoitomallien välillä havaittu olevan vain vähäisiä eroja. Niinpä avun saamisen on ajateltu johtuvan joistakin muista, kaikilla terapiamuodoille yhteisistä tekijöistä. Tällaisia tekijöitä ovat terapeutin persoonallisuus sekä hänen ja autettavan välille muodostuvan suhteen laatu, jotka eivät riipu käytettävästä terapeuteknikasta. Clinebellin mukaan kaiken sielunhoidon tuloksellisuus riippuu viime kädessä sielunhoitajan persoonallisuudesta. Parhaimmillaan sielunhoito on molempia osapuolia

muuttava ja kasvattava prosessi. (Kilpeläinen 1969, 203; Clinebell 1975, 53; Airas 1979, 185-189; Hyrck 2003, 52; Kettunen 2013, 105).

Carkhuff mainitsee terapeutin hyvinä ominaisuuksina empatian, kunnioittamisen, aitouden ja avoimuuden, välittömyyden ja konkreettisuuden sekä kyvyn konfrontoimiseen. Autettavan kunnioittamisella tarkoitetaan hänen hyväksymistään ja sitä, ettei häntä käytetä sielunhoitajan omien tunteiden tyydyttämisen kohteena. Konkreettisuudella tarkoitetaan keskustelukumppanin auttamista ilmaisemaan asiansa henkilökohtaisesti eikä vain yleisellä tasolla ja kyvyllä konfrontoimiseen kykyä osoittaa ristiriitoja hänen viestinnässään ja asettaa hänet vastakkain myös ikävien asioiden kanssa. (Carkhuff ja Berenson 1967, 4-6; Carkhuff 1969, 83-102). Perinteisin nimitys kyvyllä hahmottaa omaa kokemistapaa ja toisen ihmisen subjektiivista näkökulmaa on empatia, jonka avulla jo Freud kuvasi suotuisan psykoterapeuttisen yhteistyösuhteen edellytyksiä ja jonka Rogers 1950-luvulla määritteli kaiken terapeuttisen työn välttämättömäksi edellytykseksi (Leiman 2012, 321). Sielunhoitajan hyvien ominaisuuksien lista muodostuisi melko pitkäksi, jos ne kaikki otettaisiin mukaan. Viisainta olisi ehkä mitata näitä kykyjä myös avoimella kysymyksellä: mitä ominaisuuksia artikkelissa sielunhoitajalla oletetaan olevan. Mutta nämä voidaan kerätä myös kohtaan 67 ”muu edellytys tai kyky”, sikäli kun niitä ei ole valmiina listassa.

Koska de Jongh van Arkelin neljä sielunhoidon tasoa ovat tämän tutkimuksen taustateorian, on luokitusrunkoon lisätty vielä muuttujat 68 – 71, joilla mitataan sitä, mitä sielunhoidon tasoa artikkelissa käsitellään.

Seuraavaksi oli määriteltävä otoksen suuruus. Vaikka otoskoon määrittämiseksi on kehitetty eräitä matemaattisia menetelmiä, se useimmiten tehdään kuitenkin sormituntumalta matemaattisia keinoja käyttämättä (Pietilä 1976, 68). Päädyttiin systemaattiseen otantaan (ks. Liedes & Manninen 1974, 84–85) ja otoksen suuruudeksi päätettiin 25 %, toisin sanoen luokitellaan joka neljäs artikkeli. Neljästä ensimmäisestä artikkelista arvottiin ensiksi mukaan tuleva. Arvonnan tulokseksi saatiin yksi. Luettaviksi artikkeleiksi tuli siis ensimmäinen, viides, yhdeksäs jne. artikkeli. Sitten suoritettiin otosyksiköiden konkreettinen hakeminen. Kukin otokseen tullut artikkeli sai oman koodinsa (= luokitusrunon kolme ensimmäistä muuttujaa). Perusjoukko käsitti 996 artikkelia ja otosyksiköiden lukumääräksi tuli 250.

Tämän jälkeen luokitusrunkoa testattiin koeluokituksella, jossa alusta lukien joka kymmenes otokseen tulleista artikkeleista luokiteltiin, yhteensä 23 artikkelia. Samalla testattiin luokittelua ja luokitusrunkoa rinnakkaisluokittelulla. Pietilän mukaan on tutkimuksen kannalta järkevämpää tarkistaa luokkien reliabiliteettia ennen lopulliseen luokitteluun ryhtymistä, kuin vasta jälkikäteen ja että etukäteisluokituksessa on viisainta mitata inter-individuaalista reliabiliteettia (Pietilä 1976, 238–239). Niinpä sielunhoitoon hyvin perehtynyt rinnakkaisluokittelija, eläkkeellä oleva sairaalapastori, dosentti, TT Kalervo Nissilä luokitteli samat artikkelit, jotka oli koeluokituksessakin luokiteltu. Luokitusreliabiliteetiksi saatiin 79,8 %. Erimielisyyksien pääasiallisiksi syiksi todettiin se, ettei luokkien esiintymisehtoja oltu määritelty tarpeeksi yksityiskohtaisesti eikä niiden alkioita lueteltu riittävästi. Esimerkiksi: mikäli sielunhoidon ikäkohderyhmää (muuttuja 9) ei artikkelissa mainittu, merkitsi koeluokittelija sen kohtaan ”ei mainita” ja rinnakkaisluokittelija kohtaan ”aikuiset”. Lisäksi luokitusrunko on laadittu käytännönläheistä artikkelia ajatellen, mikä tuottaa puhtaasti teoreettisiin ja tutkimusmetodologisiin artikkeleihin merkintöjä lähinnä vain muuttujiin 68–81.

Saatujen kokemusten perusteella muodostettiin lopullinen strukturoitu analyysi- eli luokitusrunko, jossa muuttujissa 4-6 ja 8-12 päätettiin sallia useamman kuin yhden sisältöluokan ilmentyminen. Artikkelilla voi esimerkiksi olla useampi eritaustainen kirjoittaja, moniakin eri teemoja ja ongelmia erilaisissa puitteissa. Muuten luokitusrunko todettiin toimivaksi. Tämä oli tutkimuksen aineistolähtöinen, induktiivinen (Kynge & Vanhanen 1999, 5, 8; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110, 116) osa. Koska aineisto on kovin laaja, se on kuitenkin helpompi analysoida deduktiivisesti, teorialähtöisesti redusoimatta ja klusteroimatta sitä liikaa aineistosta käsin. Strukturoidun analyysirungon käyttö riippuukin juuri tutkimuksen tarkoituksesta (Kynge & Vanhanen 1999, 9).

Seuraavaksi suoritettiin varsinainen koko aineiston luokittelu ja tulokset siirrettiin Excel-taulukkoon. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin jakautumien laskemista, ristiintaulukointia ja korrelaatioanalyysiä sekä näiden tilastollisten merkitsevyysrajojen laskemista.

Lopuksi suoritettiin luokitusreliabiliteetin eli yksimielisyyskertoimen laskeminen. Kyseessä on jälleen inter-individuaalinen reliabiliteetti. Kirkon koulutuskeskuksen eläkkeellä oleva sielunhoidon opettaja, TT Matti-Pekka Virtaniemi luokitteli osan

otosyksiköistä. Myös Kyngäs ja Vanhanen suosittelivat toisen luokittelijan käyttämistä analyysin luotettavuuden lisäämiseksi. Yksimielisyys laskettiin jälleen Pietilän esittämää menetelmää käyttäen (ks. Pietilä 1976, 240-241, 243-244). Luokitusreliabiliteetiksi saatiin 79,6 %. Jos yksimielisyyskerroin on 80 – 85 %, niin analyysin tulosta voidaan pitää luotettavana. Galtungin mukaan kovin korkea reliabiliteettiprosentti voi osoittaa sitä, että aineiston piilosisältö on jäänyt koodaamatta. Aineiston rivien välissä olevan informaation – jolla tässä tutkimuksessa on huomattava osuus – mukaan saaminen voi alentaa reliabiliteettia, mutta tuottaa mielenkiintoisempia tutkimustuloksia. (Galtung 1969, 70; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10-11).

Validiteetissa sisällön erittelyssä on kyse siitä, vastaavatko tiettyä sisältöluokkaa ilmaisemaan valitut alkiot todella sitä ilmiötä, jota tuon luokan katsotaan edustavan. Milloin sisällöllisiä ilmiöitä tutkitaan ilmiöinä sinänsä, ei validiteettitarkistuksissa yleensä edetä sisältövaliditeetin tarkistusta pidemmälle. Tavallisimmin tutkija itse punnitsee, mitkä alkiot ilmaisevat mitäkin luokkaa, eikä hän tällöin ryhdy varsinaisiin empiirisiin tarkistuksiin. Tutkimuksella on myös rakennevaliditeettia, jos tutkimustulokset vastaavat hyvin kustakin aihepiiristä esiteltyjä muita tutkimuksia. (Pietilä 1976, 248, 252).

JPCC:a 2010-2014 koskevassa tutkimuksessaan McCarrol (2015, 223) toteaa, että kaikki tutkimus on arvosidonnaista. Tutkijoiden reflektiivisyyteen vaikuttavat laadulliset erot ovat se perususkomusjärjestelmä – uskontunnustus – joiden taakse tieteellinen tutkimus ei voi mennä. Nämä upotetut (embedded) uskomusjärjestelmät ovat läsnä kaikessa tutkimuksessa. (Sielun)hoitotutkimuksen tarkoituksena on kuitenkin tuottaa suurempaa tietoa ja ymmärrystä parantamaan hoitokäytäntöjä, jotka tukevat jokaisen henkilön olemisen täyteyttä suhteessa laajempaan luomakuntaan ja yhteiskuntaan. Siten tosi tieto voidaan ymmärtää rakkauden ja hoidon käytänteisiin luontaisesti liittyvänä.

3. ARTIKKELIT JA NIIDEN KIRJOITTAJAT

3.1. Artikkelit

JPCC:n artikkelien keskeisin teema on tutkittujen 250 artikkelin osalta jakaantunut seuraavasti:

		%
Sielunhoidon teologia ja teoria	40	16,0
Sielunhoidon menetelmät	64	25,6
Sh:n ja psykoterapian suhde	19	7,6
Spiritualiteetti/hengelliset asiat	25	10,0
Emp. tutkimustulos/tapauskertomus	61	24,4
Sielunhoidon kliininen koulutus	23	9,2
Ryhmäterapia	4	1,6
Työnohjaus	5	2,0
Muu teema	9	3,6
Yhteensä	250	100,0

Noin neljännes artikkeleista käsitteli sielunhoidon menetelmäkysymyksiä tai toisaalta esitteli empiirisen tutkimustuloksen tai tapauskertomuksen. Spiritualiteettia ja hengellisiä asioita sekä sielunhoidon kliinistä koulutusta käsiteltiin vain noin 10 %:ssa artikkeleista, mutta sielunhoidon teologiaa jonkin verran enemmän. Työnohjausta käsiteltiin hyvin vähän, mikä on varsin ymmärrettävää, koska julkaisijalta on ilmestynyt vuodesta 1978 alkaen sitä aihepiiriä käsittelevä oma aikakauskirja *Journal of Supervision and Training in Ministry* (nykyiseltä nimeltään: *Reflective Practice: Formation & Supervision in Ministry*). Muina teemoina käsiteltiin muiden muassa perheterapiaa, maksujen ottamista sekä kahdessa 2010-luvun artikkelissa islaminuskoisten sielunhoitoa.

Juha Klaavun mukaan viisi yleisintä teemaa JPC:ssa vuosina 1990-1999 olivat psykodynaamiset teoriat, sairaalasielunhoito, pastoraalikoulutus, spirituaalisuus ja monikulttuurisuus. Psykodynaamisia teorioita käsitteleviä artikkeleita oli yhteensä 46, joista 27:ssä teorioita käytettiin analyysin välineenä, argumantaation perusteena tai ongelman ratkaisuna. (Klaavu 2001, 5, 13).

Taulukko 2. Artikkelien keskeisin teema aikakauskirjassa The Journal of Pastoral Care and Counseling 1980 – 2014 prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	Yhteensä 1980–2014
N =	50	58	56	48	38	250
Sh:n teoria	34,0	30,4	34,2	34,0	30,4	31,2
Sh:n menetelmät	46,0	46,4	50,1	46,0	46,4	50,0
Sh:n ja psykot. suhde	6,0	12,5	2,6	6,0	12,5	7,6
Sh:n klin. koulutus	14,0	10,7	13,1	14,0	10,7	11,20
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taulukossa 2 tapaukset on yhdistetty sielunhoidon menetelmiin, työnohjaus sielunhoidon klinisen koulutukseen ja spiritualiteetti/hengelliset asiat, ryhmäterapia sekä muut teemat sielunhoidon teoriaan. Siinä kiinnittää huomiota sielunhoidon ja psykoterapian suhteen melko vähäinen käsittely artikkelin pääteemana. Tosin tämän teeman käsittely oli suunnilleen samaa luokkaa myös vuosina 1959 – 1979; sitä vastoin vuosina 1952 – 1958 asiaa käsiteltiin lähes 20 %:ssa kirjoitetuista artikkeleista. Tuntuu siltä, että 1960-luvulle tultaessa asia ei enää ollut niin ajankohtainen kuin 1950-luvulla, joskin se on vuosituhaten vaihteen jälkeen saanut osakseen hieman lisääntyvää mielenkiintoa. Sielunhoidon käytännön menetelmäkysymyksiä on yhdessä tapaukset esittelyn kanssa käsitelty noin puolessa kirjoitetuista artikkeleista. Tämä amerikkalaista pragmatismia heijastava ilmiö on jatkunut 1960-luvun alusta lähtien (Ks. Jaatinen 1980, 39-40). Vuosien 2008-2014 luvut vastaavat melko tarkkaan McCarrolin (2015, 226) vastaavia tutkimustuloksia, jonka mukaan sielunhoidon teoriaa ja etiikkaa käsiteltiin 26,4 %:ssa, käytännön menetelmiä 45,3 %:ssa, määrittelyä 15,6 %:ssa ja työnohjausta tai koulutusta 12,7 %:ssa kaikista vuosina 2010-2014 kirjoitetuista artikkeleista.

Taulukosta 2 huomataan myös, miten artikkelien määrä seitsenvuosittain vaihtelee ja on vähentynyt 20:lla verrattaessa viimeistä jaksoa toiseen. Taustalla on luvun 1.3. lopussa kerrottu lehden muuttuminen on-line -julkaisuksi ja muutokset lehden julkaisijoissa, mikä johti taloudellisiin vaikeuksiin ja artikkelien määrän supistumiseen.

Tutkituista artikkeleista 21,6 % luokiteltiin pelkästään käytännöllisiksi, 42,8 % sekä teoreettisiksi että käytännöllisiksi ja 35,6 % pelkästään teoreettisiksi. Tämä kolmijako koodattiin intuitiivisesti heti artikkelin lukemisen jälkeen. Puhtaasti käytännöllisiä artikkeleita olivat esimerkiksi tapaukskertomukset ja sielunhoidon erityiskohderyhmiä koskevat artikkelit. Teoreettisia artikkeleita olivat esimerkiksi sielunhoidon erikoistumiskoulutusta, teologiaa ja sen suhdetta psykoterapiaan käsitelleet artikkelit. Sekä teoreettisiksi että käytännöllisiksi luokiteltiin sellaiset artikkelit, joissa teoriataustan pohjalta esiteltiin käytännön sielunhoitotyössä hyödyllisiä menetelmiä. Tämä tutkimustulos tukee varsin hyvin McCarrollin (2015, 225) tulosta, jonka mukaan 43,2 % vuosina 2010-2014 kirjoitetuista artikkeleista oli teoreettisia, mutta hänen luokitteluperusteensa oli erilainen (teoreettisuus/kvalitatiivisuus/kvantitatiivisuus). Koska kaksi kolmasosaa artikkeleista oli enemmän tai vähemmän käytäntöä painottavia, yleisvaikutelma JPCC:sta jäi sangen käytännönläheiseksi.

3.2. Artikkelien kirjoittajat

Artikkelien kirjoittajien koulutus on tutkittujen 250 artikkelin osalta jakautunut seuraavasti:

Teologi	186	74,4 %
Psykoanalyttikko	2	0,8 %
Muu psykiatri	10	4,0 %
Muu lääkäri	6	2,4 %
Psykologi	28	11,2 %
Sosiologi	2	0,8 %
Sosiaalityöntekijä	0	0,0 %
Muut	7	2,8 %
Ei mainittu	3	1,2 %

Teologit ovat siis kirjoittaneet noin kolme artikkelia neljästä, mikä on hieman enemmän kuin tutkimusjaksona 1952 – 1979, jolloin he kirjoittivat noin kaksi artikkelia kolmesta (Jaatinen 1980, 42). Teologeihin on laskettu mukaan myös rabbit, imaamit ja muut vastaavat uskonnolliset johtajat. Maallikoista suurimmat kirjoittajaryhmät ovat psykologit ja psykiatrit. Sosiaalityöntekijöiltä ei ollut yhtään artikkelia. Vuosina 1952-1965 maallikot kirjoittivat noin 30 % kaikista artikkeleista. Kuten taulukosta 3 käy ilmi, tätä osuutta kohti ollaan 2000-luvulla jälleen lähentymässä. Jatkossa lääke-,

käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteilijöistä käytetään nimitystä maallikot, vaikka maallikoita oli myös ”muiden kirjoittajien” joukossa.

Taulukko 3. Teologien ja maallikkojen osuus kirjoittajista prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä
N=	50	58	56	48	38	250
Teologit	76,0	74,0	77,6	76,8	71,1	74,4
Maallikot	18,0	18,0	19,0	21,4	26,3	21,6
Muut tai ei mainittu	6,0	8,0	3,4	1,8	2,6	4,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taulukko 4. Artikkelien kirjoittajien työpaikka prosentteina

	Teologit	Maallikot	Yhteensä
N =	186	61	247
Seurakunta	8,6	4,9	7,7
Sielunhoitokeskus	11,3	13,1	11,8
Sairaala	26,9	14,8	23,9
Yliopisto tai seminaari	33,9	55,7	39,2
Muu koulutuslaitos	6,5	3,3	5,7
Muu laitos	6,5	3,3	5,7
Yksityinen amm.harjoittaja	1,1	3,3	1,6
Muu	1,1	0	0,8
Ei mainita	4,3	1,6	3,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

Taulukossa 4 on esitetty kirjoittajien työpaikkajakautuma. Yhteisarvoihin on laskettu myös muut kirjoittajat mutta ei niitä kolmea, joiden koulutus ei tule ilmi. Muihin laitoksiin on luokiteltu esimerkiksi mielenterveyskeskukset, perheterapiakeskukset, vankilat ja vastaavat. Suurin kirjoittajaryhmä työskenteli yliopistoissa tai pappisseminaareissa. Kolmannes teologeista ja yli puolet maallikoista työskenteli näissä. Teologit ovat työskennelleet maallikoita suhteellisesti enemmän sairaaloissa, mutta molempien osuus paikallisseurakunnissa on suhteellisen pieni. Sielunhoitajan

käsite on myös laajenemassa: Uskontotieteen professori käyttää hindulaisesta gurusta, joka pyydettyäessä antaa suoria ohjeita ihmisten ongelmatilanteisiin nimitystä sielunhoitaja (pastoral counselor) (Williams 1986, 331). Kahden teologin työskentely yksityisinä ammatinharjoittajina heijastaa AAPC:n osuutta lehden julkaisijana. Kaiken kaikkiaan kirjoittajien työpaikat kertovat JPCC:n suuntautumisesta sairaalasielunhoitoon ja sen koulutukseen.

Taulukko 5. Teologien ja maallikoiden käsittelemät artikkelien aihepiirit prosentteina

	Teologit Maallikot	
N =	186	61
Sielunhoidon teoria ja teologia	31,7	24,6
Sielunhoidon menetelmät	49,4	54,3
Sh:n ja psykoterapian suhde	4,8	14,6
Sielunhoidon kliininen koulutus	14,1	6,5
Yhteensä	100,0	100,0

Taulukko 6. Kirjoittajien teologisen ammatillisen taustan ja työn luonteen vaikutus artikkelien teoreettisuuteen prosentteina

	Teologisuus		Työn luonne	
	Teologit	Maallikot	Opetus- ja tutkimustyö	Käytännön sielunh.-työ
N =	185	60	110	129
Käytännöllinen	24,9	13,3	11,8	31,8
Teoreettis-käytänn.	41,6	46,7	42,7	43,4
Teoreettinen	33,5	40,0	45,5	24,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Taulukossa 5 kuvataan teologeja ja maallikoita eri aihepiirien kirjoittajina. Sielunhoidon menetelmäkysymykset ovat kiinnostaneet molempia kirjoittajaryhmiä eniten. Maallikot ovat olleet teologeja selvästi enemmän kiinnostuneita sielunhoidon ja psykoterapian suhteesta, mutta kiinnostus ensisijaisesti tähän teemaan on ollut kuitenkin suhteellisen vähäistä. Tilanne oli sama myös vuosina 1952 – 1979 (Jaatinen 1980, 45). Sielunhoidon

koulutus taas on kiinnostanut enemmän teologeja kuin maallikoita.

Artikkelien teoreettisuutta tai käytännöllisyyttä selitetään kirjoittajien ammatillisella taustalla ja työn luonteella taulukossa 6. Opetus- ja tutkimustyöhön on yhdistetty työskentely yliopistoissa, seminaareissa ja muissa koulutus- ja tutkimuslaitoksissa sekä käytännön sielunhoitotyöhön työskentely paikallisseurakunnissa, sairaaloissa, muissa laitoksissa tai yksityisenä ammatinharjoittajana.

Teologit ovat kirjoittaneet suhteellisesti vähän enemmän käytännöllisiä artikkeleja kuin maallikot, jotka taas ovat kirjoittaneet teologeja enemmän teoreettisia artikkeleita. Artikkelien teoreettisuutta selittää kuitenkin paremmin kirjoittajien työn luonne: Opetus- ja tutkimustyötä tekevät ovat kirjoittaneet teoreettisia artikkeleita lähes kaksi kertaa useammin kuin sielunhoidon kenttätöitä tekevät. Nämä sen sijaan ovat kirjoittaneet puhtaasti käytännöllisiä artikkeleita noin 20 prosenttiyksikköä opetus- ja tutkimustyön edustajia enemmän.

Taulukko 7. Artikkelien kirjoittajien (ilmoitettujen) ja Yhdysvaltojen vastaava kirkollinen ja uskonnollinen jakautuma prosentteina

	JPCC:n kirjoittajat	Yhdysvallat
N =	91	136, 4 milj.
Katolinen	25,2	57,9
Luterilainen	22,0	3,3
Episkopaali	6,6	1,4
Presbyteeri	8,8	1,3
Metodisti	11,0	5,1
Baptisti	7,7	24,2
United Church of Christ	5,5	1,5
Juutalainen	8,8	5,3
Muu	4,4	
Yhteensä	100,0	100,0

Kirjoittajien kirkko- tai uskontokunta ilmoitettiin vain 91 artikkelin tiedoissa, mikä on 36,4 % kaikista tutkituista artikkeleista. Siksi kirjoittajien kirkkokuntien osuudet eivät

ole luotettavia koko aineistoon nähden. Teologiien kohdalla uskontokunta oli ilmoitettu 39,8 %:ssa ja maallikoiden osalta 26,2 %:ssa kirjoittajien vastaavista kokonaismääristä. Taulukossa 7 on silti vertailtu ilmoitettujen kirkko- ja uskontokuntien suhteellista osuutta Yhdysvaltojen vastaavien kirkkokuntien prosenttijakautumien kanssa. Jakautumat on siis laskettu vain JPCC:n kirjoittajien kirkko- ja uskontokuntien kokonaismäärästä. (Esimerkiksi katolisia on Yhdysvaltojen koko väestöstä noin 22 %.) Näiden jäsenmäärät on haettu kunkin kirkkokunnan nettisivuilta. Yhdysvaltoja koskevissa tiedoissa, jotka esittävät vuoden 2015 tilannetta, ei ole mukana ryhmän ”muut” neljää kirjoittajaa, joista yksi oli mennoniitta, yksi kveekari, yksi buddhalainen ja yksi muslimi.

Katoliset ja baptistit ovat kirjoittajista, joiden kirkkokunta oli ilmoitettu, selvästi aliedustettuina kun taas muut protestantit, erityisesti luterilaiset ovat yliedustettuina. Protestantteja on kirjoittajista ollut yhteensä 68,2 %. Katolisten sairaalapappien yhdistys (NACC) kuului JPCC:n julkaisijoihin vuosina 1986 – 1995. Sen jättäytyminen pois julkaisijoista vähensi luonnollisesti katolisten kirjoittajien osuutta. Luterilaiset kuuluivat CPE-liikkeen pioneereihin ja ovat edelleen aktiivisesti ACPE:n toiminnassa mukana. Tämä selittää luterilaisten kirjoittajien suuren määrän. Presbyteerien suhteellinen osuus on laskenut kirjoittajista 15 prosenttiyksikköä ja episkopaalien sekä metodistien osuus noin 10 prosenttiyksikköä ja katolisten ja luterilaisten vastaava osuus on noussut noin 15 prosenttiyksikköä verrattuna vuosiin 1952 – 1979 (Jaatinen 1980, 47). Omituiselta tuntuu baptistien edelleen jatkuva aliedustus. Ilmeisesti vapaiden suuntien ja valtasuunnan (mainline) protestanttien - joiden yhteinen osuus kirjoittajista on 48,4 % - sielunhoitokäsitykset eivät osu yksiin.

Silmiinpistävää on kirjoittajien kansainvälistyminen vuoden 1994 jälkeen. Samoihin aikoihin NACC erosi julkaisukunnasta. Kun aikaisemmin kirjoittajat olivat olleet USA:sta ja joitakin Kanadasta – poikkeuksena keväällä 1983 julkaistu kansainvälisen sielunhoitoliikkeen teemanumero, jossa kirjoittajat olivat Filippiineiltä, Australiasta, Länsi-Saksasta ja Iso-Britanniasta tai afrikkalainen kirjoittaja vuonna 1985 – alkoivat erityisesti kanadalaisten kirjoittamat artikkelit yleistyä. Kirjoittajia tuli myös Etelä-Koreasta, Hongkongista, Taiwanilta, Nicaraguasta, Ghanasta, Etelä-Afrikasta, Australiasta, Maltalta, Saksasta, Alankomaista, Italiasta, Islannista ja Ruotsista, joiden toinen artikkeli yhdessä suomalaisten Anne Birgitta Pessin ja Elina Juntusen kanssa.

CPE-liikkeen kansainvälistyminen alkoi näkyä myös kirjoittajakunnassa.

3.3. Kirjoittajien perustelut

Taulukko 8. Kirjoittajien käyttämät perustelut prosentteina

	N=	Kaikki 250	Teologit 186	Maallikot 61
Raamattu		35,2	35,5	31,1
Muu uskonnollinen perustelu		50,4	51,1	45,9
Teologinen tutkimus		76,0	76,3	73,8
Psykoanalyttinen käsitys		18,0	15,6	23,0
- kielteinen suhtautuminen		4,4	2,7	8,2
Muu psykologis-hermeneuttinen käsitys		23,2	18,3	36,1
Psykologinen tai muu tutkimus		73,6	69,9	85,2
Käytännöllis-tarkoituksenmukainen syy		61,2	64,0	54,1
Muu perustelu		1,6	0,5	4,9

JPC:n artikkelit perustuvat vahvasti tieteelliseen tutkimukseen, sillä argumentoinnissa kaikkein eniten käytettiin sekä teologista että psykologista tai muuta tutkimusta. Niitä käytettiin enemmän kuin käytännöllis-tarkoituksenmukaista syytä, mikä oli vuosina 1952-1979 eniten käytetty perustelun muoto (Jaatinen 1980, 131). Pragmatismi oli silti runsaasti ja kolmanneksi eniten käytettynä osoitus amerikkalaisesta ajattelusta: se, mikä käytännössä toimii ja on tehokasta, on myös käyttökelpoista (Katso Jaatinen 1980, 17-19). Argumentoinnissa siteerattiin melko paljon myös suoraan Raamattua tai käytettiin omaa tai jonkun kirkkokunnan uskonnollista käsitystä, tunnustusta tai traditiota. Psykoanalyttisia ja muita psykologis-hermeneuttisia perusteluja käytettiin usein yhdessä (korrelaatio 0,30***, liite 2), mutta ne eivät esiintyneet yhdessä käytännöllisten perustelujen (-0,18**; -0,17**) kanssa kuten eivät myöskään uskonnolliseen vakaumukseen tai traditioon pohjautuvat perustelut psykologisen tai muun ei-teologisen tutkimuksen kanssa (-0,21***).

Raamattua perusteena ja suoranaisena lähteenä käyttää Hopson (2008) eksegeesissään Jobin kirjasta, jota hän suosittelee oppaaksi sielunhoitajille. Neurokognitiivisten prosessien ja aivojen vaikutusta sielunhoitoon koskevassa artikkelissaan Ashbrook (1996, 143 – 145, 148 - 149) käyttää Raamatun alku- ja helluntaikertomuksia muiden

raamatunkohtien ja lääketieteen ohella argumentaationaan. Runsaasti raamatunkohtia perusteluna käyttää myös Schmidt (1989) minuuden olemusta pohtivassa artikkelissaan. Esimerkkinä uskonnollisen perinteen käytöstä perusteluna on rabbi Meierin (2008) kertomus kannettavan Torahin tuomisesta sairaalan osastoille. Raamatun paratiisikertomuksia ja jungilaista käsitystä psyykeen rakenteesta (animus/anima) käyttää perusteena Morgan (1980) maskuliinisuutta ja feminiinisyyttä sielunhoitajan työssä käsittelevässä artikkelissaan. Jungilaisuudella perustelee myös Sorajjakool (2007) thailaista kummitususkkoa kollektiiviseksi tiedostamattoman kompleksiksi tsunamin jälkihoitoa buddhalaisessa kulttuurissa käsittelevässä artikkelissaan. Runsaasti Freudia ja Thomas Mertonia vertailee Thayer (1981) oidipaalista uskontoa ja mietiskelevää rukousta käsittelevässä uskonnonpsykologisessa artikkelissaan. Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriat perusteluna käyttävät O'Connor et al. (1997) ja Hill (2001) työnohjausta käsittelevissä artikkeleissaan.

Thomas C. Oden (1980) on kirjoittanut artikkelin, jossa hän tutkii tutkimusajankohdan sielunhoidon tärkeimpien käsi- ja oppikirjojen kirjoittajien argumentaatiota. Tutkittavat kirjat olivat: Seward Hiltner: *Pastoral Counseling*, Howard Clinebell: *Basic Types of Pastoral Counseling*, Wayne Oates: *Pastoral Counseling* ja Carroll Wice: *Pastoral Counseling USA:sta sekä Euroopasta* Dietrich Stollberg (luterilainen): *Therapeutische Seelsorge*, Paul Tournier (reformoitu): *The Doctor's Casebook in the Light of the Bible* ja Joseph Nuttin (katolinen): *Psychoanalysis and Personality*. Kukaan kirjoittajista ei siteeraa kertaakaan kirkkoisia tai uskonpuhdistajia, mitä edellisen vuosisadan vaihteen kirjoittajat ahkerasti tekivät. Sen sijaan kaikki viittaavat ahkerasti Freudiin, Jungiin, Frommiin, Rogerssiin ja Berneen ja argumentoivat sielunhoidollisia käsityksiään näillä psykoterapian oppi-isillä. Oden kysyy, että mitä on tapahtunut vuoden 1920 jälkeen ja ehdottaa Boisen esimerkkinään palaamaan teologisille juurille.

Samantapaisen tutkinusasetelman teki Stone (2001, 183-185), joka tutki 26 amerikkalaisen laajalti luetun sielunhoidon kirjailijan teoksia viiden vuosikymmenen ajalta vuodesta 1949 alkaen. Kirjailijat siteerasivat 550 eri teologian ja psykoterapian kirjoittajaa, joista 277 oli psykologian tai psykoterapian, 159 teologian perinteisten alojen (raamattuteologia, systemaattinen teologia, historia, etiikka), 14 avioliitto- ja perheterapian, 92 pastoraalteologian tai sielunhoidon ja kahdeksan spiritualiteetin alojen kirjoittajaa. Sielunhoidon teoreetikot luonnollisesti siteerasivat toinen toisiaan. Yhdeksän 26 kirjailijasta siteerasi Anton Boisenia, Howard Clinebelliä, Seward

Hiltneriä ja Wayne Oatesia. Kaikki sielunhoidon teoreetikot antoivat enemmän tilaa psykologisille lähteille (50 %) kuin omalle sielunhoidon perinteelleen. Sigmund Freudia siteerasi 17, Harry Stack Sullivania 14, Erik Eriksonia 13, Carl Jungia 11 ja Eric Fromia 10 tutkituista 26 kirjailijasta. Sielunhoito on paljon velkaa Freudille ja hänen koulukunnalleen, mutta Carl Rogersin, jota siteerasi 19 kirjailijaa, vaikutus oli suurempi kuin Freudin tai kenenkään muun. Boisenia, Clinebelliä, Hiltneriä ja Oatesia siteerattiin vain puolet Rogersin määrystä. Luottamus hänen ajatteluunsa oli Stonen mielestä hämmästyttävää. Vain yksi prosentti viittauksista tehtiin hengelliseen ohjaukseen tai spiritualiteettiin; kukaan ei viitannut askeettiseen teologiaan, mutta suurin osa siteerasi Raamattua.

Vaikka välillä näytti, että sielunhoito oli erkaantumassa teologisista kiinnitysköysistään, ajalehtiminen näytti varsinkin viimeisenä tutkimusvuosikymmenenä olevan hienovaraisempaa kuin mitä odotettiin. Sielunhoidon teoreetikot viittaavat klassisiin teologeihin (29 %) enemmän kuin toisiinsa (17 %). Vaikka jotkut yrittivät raamatunlauseilla tai vetoamalla kirkkokuntansa traditioon Stonen mielestä liian yksinkertaisesti todistaa psykologisen teoriansa, useimmat heistä yrittivät sitoa tietyn näkökulmansa sielunhoidosta teologiaan. Viimeisissä teoksissa tutkitun 50 vuoden ajalta on enemmän viittauksia teologiaan ja vähemmän luottamusta psykologiaan. Sielunhoito on entistä enemmän kosketuksissa teologisiin juuriinsa. Womanisti- ja feministiteologeilla ei vielä ole vaikutusta sielunhoitoon. (Stone 2001, 186).

4. HOIDETTAVAT JA HEIDÄN ONGELMANSÄ

4.1. Ikäryhmät ja sielunhoidon erityiskohteet

Tutkituista artikkeleista 12 %:ssa mainittiin sielunhoidon kohteena tietty erityinen ikäryhmä. Lapsia oli käsitelty kolmessa (1,2 %), nuoria kahdeksassa (3,2 %) ja vanhuksia 19:ssä (7,6 %) tutkituista artikkeleista. Esimerkiksi Walker (1993, 151 - 156) kertoo ADHD-lasten sielunhoidosta psykiatrisessa sairaalassa ja Rolfe (1984, 30 - 35) teini-ikäisten suunnittelemattomasta raskaudesta. Vanhusten sielunhoitoa koskevassa artikkelissa Randall (1986, 208) korostaa vanhusten muisteluttamisen myönteisiä vaikutuksia heidän mielenterveydelleen.

Monet artikkelit (25,6 %) käsittelevät selkeästi vain aikuisikäisten ongelmia, kuten lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille suunnattua erityisjumalanpalvelusta koskeva selostus (Devor 1994, 359 - 360). Muut artikkelit käsittelevät sielunhoitoa yleisesti kaiken ikäisille.

Sielunhoidon erityiskohteita mainittiin tutkituissa 250 artikkelissa seuraavasti:

Sielunhoitaja itse	23	9,2 %
Psykiatriset potilaat	19	7,6 %
Muut sairaalapotilaat	48	19,2 %
Muut erityisryhmät	45	18,0 %

Muina erityisryhminä mainittiin aistivammaiset kaksi kertaa, kehitysvammaiset kuusi kertaa, vangit ja rikolliset kaksi kertaa ja sotilaat kuusi kertaa. Muina sielunhoidon kohteina mainittiin muiden muassa hoitohenkilökunta tai muun ammattikunnan edustajat kuten juristit. Lisäksi mainittiin esimerkiksi itsemurhan tehneiden omaiset ja muut surevat, homoseksuaalit, AIDSia sairastavat, seksuaalisen hyväksikäytön tai muun pahoinpitelyn uhrin, eroamassa olevat, työttömät, kadulla asuvat sekä muiden uskontojen kuin kristinuskon edustajat kuten islaminuskoiset. Muut 115 (46 %) artikkelia eivät koskettelleet sielunhoidon erityisryhmiä, vaan käsitelivät sielunhoitoa yleisesti. Sielunhoidon erityiskohtien käsittely on pysynyt samalla tasolla kuin vuosina 1952-1979 (Jaatinen 1980, 50).

Yhteensä siis noin puolet artikkeleista käsitteli sielunhoidon erityisryhmiä. Niitä käsiteltiin eniten kausina 1994-2000 (58,9 %) ja 2008-2014 (57,9 %) sekä vähiten

ensimmäisenä seitsenvuotiskautena 1980-1986 (46,0 %). Teologit kirjoittivat erityisryhmistä 57,0 %:ssa ja maallikot 49,2 %:ssa kirjoittamistaan artikkeleista. Eniten kirjoitettiin siis sairaalapotilaista tai muissa laitoksissa, esimerkiksi vanhainkodeissa asuvista. Yhteensä psykiatrysten ja muiden sairaaloiden potilaita käsittelevät teologit 32,2 %:ssa ja maallikot 18,1 %:ssa kirjoittamistaan artikkeleista. Verrattuna vuosiin 1952-1979 (Jaatinen 1980, 50) psykiatrysten potilaiden käsittely on vähentynyt 18,0 %:sta 7,6 %:iin ja muista potilaista kirjoittaminen taas lisääntynyt 7,3 %:sta 19,2 %:iin (maallikot eivät 1952-1980 maininneet yleispotilaita lainkaan). Psykiatrisista potilaista kirjoitettiin eniten vuosina 1987-1993 ja muista sairaalapotilaista tai laitoksissa asuvista vuosina 2001-2014. Vähän yli neljännes artikkeleista käsitteli siis joko psykiatrisia tai yleissairaalapotilaita. Vaikka lähes puolet artikkeleista käsitteli sielunhoitoa yleisesti mainitsematta mitään erityiskohderyhmää, JPCC:n kliininen suuntautuneisuus tulee kuitenkin ilmi.

Lähes joka kymmenennessä artikkelissa käsiteltiin sielunhoitajan omia ongelmia tai työtä. Usein nämä artikkelit käsittelevät työnohjausta: joko ohjaajana tai ohjattavana olemista, mutta myös esimerkiksi teologian opiskelijoiden motivaatiota hakeutua alalle, työyhteisöjen ongelmia, pappien burn outia ja myötätuntuupumusta, heidän harjoittamaansa seksuaalista hyväksikäyttöä ja parissa artikkelissa myös pappien puolisojen ongelmia.

Esimerkiksi Kelley (1994, 121-123) on kirjoittanut artikkelin seurakunnan työtiimin ryhmädynamiikasta. Myös tällaiset ryhmät käyvät läpi kolme kehitysvaihetta. Ryhmän muotoutumisvaiheessa vältetään sen jäsenten erilaisuuksien käsittelyä: ne kielletään, koska korostetaan samanlaisuutta ja turvallisuutta. Reaktiivisessa vaiheessa jäsenten erilaisuudet nousevat pintaan, ne ilmaistaan sekä testataan, miten paljon asetettuja normeja voidaan rikkoa. Terve ryhmä sallii epävarmuuden ja stressin, sietää ja toivottaa tervetulleeksi erilaisuudet sekä huolehtii, että yhteisesti sovitut normit kanavoivat tämän vaiheen voimakkaat ryhmäprosessit. Kolmannessa, kypsyyden vaiheessa ”työryhmä” (Bion) toimii tehokkaasti. Sen kasvanut erilaisuuksien sietokyky on kypsyttänyt ryhmän synnyttämään enemmän inspiraatiota, ymmärrystä ja luovuutta kuin mitä kukaan ryhmän jäsen yksin olisi voinut saavuttaa.

Ryhmä voi jämähtää ensimmäiseen tai toiseen vaiheeseen saavuttamatta kolmatta kypsää vaihetta, jolloin sen jäsenten täytyy miettiä syytä tähän. Eräs mahdollisuus on

yhden tai useamman ryhmän jäsenen huomattavat henkilökohtaiset vaikeudet. Esimerkiksi luonnehäiriöt, kuten rajatila- tai narsistinen persoonallisuus voi estää ryhmää saavuttamasta kypsää vaihetta. Erityisen vaikea tilanne on silloin, jos henkilökohtaiset vaikeudet koskevat ryhmän johtajaa. Ryhmä ei voi kiinnittää huomiota yksittäisen jäsenen henkilökohtaisiin ongelmiin eikä seurakunnan työtiimi ole terapiaryhmä. Siksi täytyy tehdä päätöksiä ulkopuolisesta terapeuttisesta väliintulosta muussa ympäristössä sille henkilölle, joka sabotoi ryhmän dynamiikkaa. (Kelley 1994, 123-124).

Missä tahansa ryhmässä jäsenet alkavat toistaa lapsuudenkotinsa tapoja koskien luottamista, reagoimista ja tottelemista. Tiedostamattomat tunteet vanhempia tai sisarusia kohtaan siirretään tiettyyn tai tiettyihin ryhmän jäseniin (transferenssi). Seurakunnan työtiimissä jäsenet käyttävät niitä selviytymisen tapoja, joita he oppivat vanhemmiltaan ja sisarruksiltaan. Tiedostamattomat tarpeet ja pitkään säilyvät luottamuksen mallit jatkuvasti vaikuttavat ja jopa häiritsevät ennakkoluuloja, tulkintoja ja kokemuksia sosiaalisesta ympäristöstä. Transferenssi voi olla myös myönteistä, jolloin assosiaatiot ovat miellyttäviä. Näin on usein ryhmän ensimmäisessä vaiheessa, kun tervehditään toisia, mutta toisessa vaiheessa reaktio saattaa sisältää vaikeampia transferensseja. Transferenssin merkkejä ovat kohtuuton tunnesävy tai jos joku puhuu sopimattomia tai se, kun voimakkaat tunteet, jotka eivät liity käsiteltävään asiaan, nousevat esiin tai kun transferenssin tulkinta johtaa voimakkaaseen vastustukseen. (Kelley 1994, 124-126).

Erityisen vaikea ja monimutkainen transferenssin muoto on projektiivinen identifikaatio. Siinä yksilö heijastaa toiseen splitattuja (erotettuja, split-off), epämiellyttäviä puolia sisäisistä objekteistaan. (Sisäinen objekti on objektisuhdeteoriaan kuuluva termi, jolla tarkoitetaan tiedostamattomia muistimatriiseja, jotka liittyvät erityisen traumaattisiin henkilöihin tai tapahtumiin.) Ahdistavina nämä tukahdutetut muistot pysyvät splitattuna muusta mielestä. Ryhmän vuorovaikutuksessa tämä kivulias sisäinen objekti voidaan heijastaa ryhmän toiseen jäseneen. Tuloksena on hyvin raju sidos. Joskus vastaanottaja heijastaa tiedostamattaan toisiaan täydentävän splitatun objektin takaisin. Silloin syntyy kaksisuuntainen transferenssi, joka yhdistää kaksi ihmistä monimutkaiseen salaiseen sopimukseen ja heistä tulee pari. Mutta sellainen sopimus aiheuttaa muissa ryhmän jäsenissä hämmennystä, vihaa ja ahdistusta. Ryhmän on vaikeaa ymmärtää niin vahvaa tunnetta ja käytöstä. (Kelley 1994, 127-129).

Erityistyyppi projektiivisesta identifikaatiosta, mikä voi vahingoittaa ryhmää, on syntipukkiajattelu. Kun ryhmän jäsen heijastaa splitatun objektin vihaisessa ilmapiirissä toiseen jäseneen, hänestä tulee syntipukki, joka mahdollistaa lähettäjän ja koko ryhmän välttämään vaikeiden vihan tunteiden tunnistamista ja kohtaamista. Syntipukkiajattelu on seurakuntien työtiimeissä vaikea ongelma, mikä voi johtaa ryhmän pitkäksi aikaa tehottomuuteen, vieraantumiseen ja jopa hajoamiseen. (Kelley 1994, 129).

Anne Marie Nuechterlein (1991, 49, 52-58) teki systeemistä lähestymistapaa käyttävän empiirisen tutkimuksen lapsuudenkodin syntymäjärjestyksen, läheisyyden ilmaisemisen, ongelmien ratkaisutapojen ja kansallisuuden vaikutuksesta parityöskentelyssä syntyviin rooleihin ja työn sujuvuuteen. Amerikan evankelis-luterilaisen kirkon papeista koostuneessa satunnaisotannassa tutkittavaksi tuli 20 työparia. Tuloksena saatiin, että kaikki 40 pappia, joista suurimmalla osalla oli joko pohjoismaiset tai saksalaiset sukujuuret, elvyttivät lapsuudenperheensä näkökantoja uudelleen tiimityöhönsä. Esimerkiksi lapsuudenperheen sisaruksista vanhin ja nuorempi saivat työparina paljon tuloksia aikaan, mutta kaksi esikoista eivät tulleet toimeen keskenään. Jos työparien lapsuudenkodeissa joko pidettiin etäisyyttä tai ilmaistiin läheisyyttä, samanlaiset taustat omaavat parit kokivat yhteistyönsä hyväksi, mutta erilaiset taustat omaavat huonoksi. Mikäli kotona oli opetettu välttämään konflikteja, tällaiset roolit osoittautuivat varsin pysyviksi ja avoimia ongelmanratkaisutaitoja oli vaikea oppia. Kansallisuuksista varsinkaan iloisen saksalaisen juomakulttuurin jälkeläiset eivät aluksi oikein tulleet toimeen norjalaisen haugilaisen pietismin edustajien kanssa, mutta yhteisen keskustelun jälkeen erilaisuudet koettiin rikkautena.

Pappien burnoutin syyksi Olsen ja Grosch (1991, 298, 304) esittävät kolmen tekijän vuorovaikutusta: narsistinen persoonallisuus, mikä saa papit haluamaan kovasti ihailua ja arvostusta, seurakuntatyön vaatimukset ja papin oman perheen voimakkaat tarpeet. He selostavat Heintz Kohutin self-psykologiaan ja systeemiteoriaan pohjautuvassa artikkelissaan narsismin syntyä ja olemusta.

Kohut oletti, että vanhempien reagoinnin väistämättömät epäonnistumiset turhauttavat lapsen tämän varhaisessa kehitysvaiheessa. Hän ajatteli, että vauvojen täytyy vakuuttautua ihailevasta huomiosta ja luottaa idealisoimiseen kykeneviin vanhempiin. Jos turhautumisen aste ei ole traumaattista, vaan sopivaa, lapselle rakentuu sisäinen rakenne (stuktualisaatio), joka on rauhoittavaa ja jota voi itse säätää ja jota Kohut

kutsuu muuttuvaksi sisäistämiseksi (transmuting internalization). (Olsen & Grosch 1991, 298).

Kun lapsi kasvaa, eräs kehityslinja on luonnollinen grandiositeetti. Lapset mielellään esittävät kykyjään, taitojaan ja voimaansa. Parhaimmillaan tämä johtaa lujittuneeseen itsetuntoon ja terveeseen itsetehostukseen ja aloitekykyyn. Jos vanhemmat eivät tarjoa riittävää hyväksyntää, vakuuttelua ja ihailua minälle sen ainutlaatuisuudessaan ja erikoisuudessaan, normaali, mutta vielä lapsenomainen ja rajojen ja todellisuuden rajoitusten vuoksi muunneltu narsismi on haudattu ja eristäytynyt. Narsistisen häiriön kehittyminen perustuu epäonnistumiseen arkaistisen narsismin muuntautumisessa kypsempään. Primitiivinen (ja laajasti tiedostamaton) kaikkivoipa suuruusharha (omnipotent grandiosity) säilyy ja kaikki uhat tätä itsetuntoa kohtaan koetaan uhaksi omalle olemassaololle. Tiedostamattomasti suuruusharhaisen minän vaatimukset tyhjentävät sen energian, mikä olisi tarvittu normaaliin kypsymiseen ja kehitykseen. (Olsen & Grosch 1991, 298)

Siten, jos pappi ei saa seurakuntaansa rakastamaan itseään, hän kokee minänsä uhatuksi, mikä on yksi syy burnoutiin. Avuksi kirjoittajat tarjoavat pappien vertaistukiryhmiä. Aikuinen, jolla on vahingoittunut ja alhainen itsetunto, tarvitsee yhä tunnustamista sellaiselta minäobjektilta, joka voisi rohkaista hänen kunnianhimoaan, mikä alun perin perustuu suuruusharhaisen minän vaatimuksiin, mutta mikä voisi muuttua empaattiseksi ja ei-traumaattiseksi todellisuuden kokemuksiksi, mikä vie muuttuvaan sisäistämiseen (transmuting internalization). Pappien tulisi hyväksyä itsensä haavoitettuna parantajina eikä suuruusharhaisina pelastajina. (Olsen & Grosch 1991, 298, 303).

Hart (1993, 112) tulkitsee Kohutin transferenssin heijastamisen käsitettä artikkelissaan, joka käsittelee erään seurakunnan papin kuolemista AIDS:iin: Transferenssin heijastaminen on grandioosin minän normaalin kehitysvaiheen terapeutinen uudelleenpalautus, jossa äidillinen osanotto ja vastaus lapsen ekshibitionistis-narsistiseen iloon vahvistavat lapsen itsetuntoa ja joka näiden vastausten vähitellen lisääntyvän valikoituvuuden ansiosta alkaa kanavoitua realistisiin suuntiin. Itsetunnon ydin vahvistuu ja vähitellen laajenee, kun se virtaa elämänlaatua parantavien aktiviteettien ja suhteiden suuntaan. Transferenssin heijastaminen löysi muotonsa sijaispappien saarnojen ja kotikäyntien selviytymisen ja toivon teemoissa, mikä auttoi seurakuntaa siirtymään korjaaviin toimenpiteisiin ja selviytymään vaikeista vaiheista ja

ylimenokaudesta ja suuntautumaan tulevaisuuteen luottavaisesti.

Flannelly et al. ovat tutkineet syyskuun 11. päivän hyökkäyksiin vapaaehtoisina katastrofiavun työntekijöinä osallistuneiden pappien burn-out:ia ja myötätuntuupumusta (compassion fatigue, jota on myös kutsuttu sekundaariseksi traumaperäiseksi stressiksi tai sijaistraumatisaatioksi). Kaiken kaikkiaan näitä ilmeni suhteellisen vähän ja tärkein näihin vaikuttava tekijä oli se, miten kauan traumapotilaiden tai heidän perheidensä kanssa työskenneltiin. CPE-koulutus alensi molempien kokemista, erityisesti seurakunnassa työskentelevillä papeilla. Ne, jotka eniten tunsivat väsymystä, saivat myös tyydytystä myötätuntoisuudestaan. Tutkijat vetivät sen johtopäätöksen, että vaikka sairaalapapin työ voi olla stressaavaa, se voi olla samalla myös palkitsevaa. Tutkimusten mukaan 9/11-iskujen jälkeen 90 % amerikkalaisista turvautui uskontoon järkytyksestä selviytyäkseen. (Flannelly & al. 2005, 213, 223-224).

Schurter (1987, 234) esittää, miten kehitysvammaisten sielunhoidossa James Fowlerin strukturalistinen uskon kehitysteoria (Stages of Faith) tarjoaa hyvän tiekartan heidän uskonsa ja luottamuksensa vahvistamisessa.

Nuorisorikollisten sielunhoitoa esittelevässä tutkimuksessa Hausmann ja Spooner (2009, 5) totesivat sielunhoitoon käytetyn ajan vaikuttaneen suoraan uudelleen vangitsemiseen vähentävästi siten, että ne pojat, joiden sielunhoitoon käytettiin paljon aikaa (kuudesta 39 tuntiin) välttyivät jatkossa kokonaan tuomioilta.

Jälkitraumaattista stressioireyhtymää (posttraumatic stress disorder, PTSD) potevien Irakin ja Afganistanin sodan veteraaneja koskevassa tutkimuksessa Fletcher et al. (2010, 3,7) totesivat hengellisten tarpeiden kohtaamisen olevan tärkeä osa heidän terveydenhuoltoaan. Usein se ehkäisi myös alkoholin väärinkäyttöä ja kodittomuutta.

Vietnamin sodan veteraaneista yli 30 % kärsi taisteluun liittyvästä PTSD:stä. Berg (2011, 1,9) totesi tutkimuksessaan tämän sekä masennuksen ja hengellisen hädän välisen yhteyden. Uskonnollisuudella, jota mitattiin jumalanpalveluksiin osallistumisella ja luontaisella uskolla oli taas käänteinen suhde masennukseen ja PTSD:iin. Berg toivoi, että hengellisen hädän ja elämän tarkoituksettomuuden hoidon laiminlyöminen ei enää jatkuisi niiden arviolta 300000 Irakin ja Afganistanin sodista

palaavan, PTSD:stä kärsivän veteraanin kohdalla, kuten aikaisempien sukupolvien veteraanien osalta oli käynyt.

4.2. Hoidettavien ongelmat

Taulukko 9. Artikkeleissa mainittu hoidettavan ongelma prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	Yhteensä 1980-2014
N=	50	58	56	48	38	250
Ei mainita	20,0	8,7	14,3	10,4	10,5	12,8
Uskonnolliset ongelmat	14,0	0,0	3,6	2,1	5,3	4,8
Muut el.-kats. Ongelmat	2,0	10,4	5,4	8,3	2,6	6,0
Usk./el-kats. Ongelmat yht.	16,0	10,4	8,9	10,4	7,9	10,8
Skitsofrenia/muu psykoosi	6,0	5,2	3,6	4,2	5,3	4,8
Muu mielenterveyden häiriö	6,0	15,5	5,4	8,3	5,3	9,2
Kehityskriisi	4,0	3,4	7,1	0,0	5,3	4,0
Mielenterveysongelmat yht.	16,0	24,0	19,6	12,5	15,8	18,0
Sairaus/tapaturma	20,0	17,2	26,8	31,2	36,9	25,6
Lähestyvä kuolema	2,0	3,4	5,4	8,3	2,6	4,4
Läheisen kuolema	8,0	8,7	1,8	6,3	7,9	6,4
Abortti/raskaus	4,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,2
Työ-/taloudelliset ong.	0,0	5,2	3,6	4,2	0,0	2,8
Muu tilannekriisi	0,0	1,7	5,4	6,3	0,0	3,2
Tilannekriisit yht.	34,0	36,2	42,9	56,3	52,6	43,6
Parisuhdeasiat	8,0	10,4	8,9	8,3	7,9	8,8
Yksinäisyys	2,0	1,7	1,8	0,0	0,0	1,2
Kasvatusongelmat	0,0	1,7	0,0	2,1	0,0	0,8
Muut ihmissuhdeong.	2,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,8
Ihmissuhdeong. yht.	12,0	13,8	12,5	10,4	7,9	11,6
Päihdeongelmat	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	1,6
Itsemurhauhka	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,4
Muu (esim. häpeä)	2,0	0,0	1,8	0,0	2,6	1,2
Muut ongelmat yht.	2,0	6,9	1,8	0,0	5,3	3,2
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Hoidettavien ongelmat jaettiin viiteen suurempaan ryhmään: Uskonnollisiin ja elämäntarkastuksellisiin ongelmiin, mielenterveyden ongelmiin ja kehityskriiseihin, tilannekriiseihin, ihmissuhdeongelmiin ja muihin ongelmiin. Uskonnollisten ongelmien sekä niiden ja elämäntarkastuksellisten ongelmien käsittely on hieman vähentynyt tutkimusajanjaksona. Mielenterveysongelmista käsiteltiin eniten neuroottistason

ongelmia (muut mielenterveyden ongelmat) ja tilannekriiseistä somaattisia sairauksia. Ihmissuhdeongelmista käsiteltiin eniten parisuhdevaikeuksia, mikä oli toiseksi eniten käsitelty yksittäinen asia sairauksien jälkeen.

Vuosina 1952 -1979 (Jaatinen 1980, 54-55) käsiteltiin eniten muita mielenterveyden ongelmia (16,7 %), toiseksi eniten parisuhdeongelmia ja psykooseja (11,3 % kumpiakin) mutta sairauksia vain 7,3 %:ssa tuolloin kirjoitetuissa artikkeleissa. Kun JPC keskittyi silloin eniten lieviin mielenterveyden ongelmiin (esimerkiksi vuosina 1952 – 1958 mielenterveysongelmia käsiteltiin 48,7 %:ssa ajanjakson artikkeleissa), mielisairauksiin ja perheongelmiin, painopiste on vuosien mittaan siirtynyt voimakkaasti tilannekriiseihin ja psyykkisistä sairauksista somaattisiin sairauksiin ja näiden käsittely on vain kasvanut tutkimusajanjaksona. Uskonnollisia (7,3 %) ja elämäntilanteellisia ongelmia (8,7 %) käsiteltiin tuolloin suunnilleen yhtä paljon kuin tässä tutkimusajanjaksossa.

Seuraavassa esitellään esimerkkejä artikkeleissa käsitellyistä ongelmista taulukon 9 ja luokitusrunon kohdan 11 mukaisessa järjestyksessä:

Adoptoitujen jumalakuvaa käsittelevässä artikkelissa Nydam (1992, 255) toteaa, että jos ihmisen elämässä uusia traumaattisia vammoja ilmaantuu, seurauksena voi olla Jumala-edustumien (representaatioiden) kieltäminen. Jos lapsi kärsii idealisoidun objektin traumaattisen menetyksen tai traumaattisen pettymyksen siihen, optimaalista sisäistämistä (internalization) ei tapahdu. Lapsi ei saavuta tarvittavaa sisäistä rakennetta, hänen psyykkeensä jää fiksoituneeksi arkaisiin minä-objekteihin ja persoonallisuus voi loppuelämän olla riippuvainen tietyistä objekteista, mikä näkyy intensiivisenä objektin nälkänä, mikä on psyykkisen rakenteen puuttuvan osan korvike.

Kun perheessä asuu skitsofreniaa sairastava jäsen, uskosta Jumalaan saa sietokykyä. Mutta uskoa pitää hoitaa. Tuska ja emotionaalinen stressi nähtävästi toivottomassa tilanteessa voi vahingoittaa vahvintakin uskoa. Eristäytyminen muista uskoa tukevista henkilöistä voi johtaa sen kuihtumiseen ja kuolemiseen. Siksi paikallisseurakunnan tuki on tärkeää. Kun pappi tai rabbi on saanut perheen luottamuksen, tärkeintä on se, mitä pappi on, ei se, mitä hän tekee eli perheen täytyy tuntea, että sielunhoitaja on heidän kanssaan etsimässä Jumalan läsnäoloa. Ei-tuomitsevassa ilmapiirissä ja kunnioituksessa ilman ehtoja sielunhoitaja on erityisen pätevä kohtaamaan uskonnollisia epäilyjä ja

syylisyyttä, mitä muiden ammattikuntien edustajat eivät voi tehdä. Hän voi myös ohjata vertaistukiryhmiin. (Cannon 1990, 217, 219-221). Psykologin, psykiatrin ja pappien työryhmän artikkelissa korostetaan kirkkojen ja seurakuntien – myös maallikoiden – monia mahdollisuuksia ja etuja auttaa kroonisesti mielisairaita ihmisiä verrattuna mielenterveyden ammattilaisiin (Erickson & al. 1990, 159-162).

Tutkimusajan loppua kohti artikkelit alkoivat esitellä yhä hienosyisemmin erilaisista erityissairauksista kärsivien potilaiden sielunhoitoa. Samaan tulokseen päätyi McCarroll (2015, 229) JPCC:a vuosina 2010-2014 koskevassa tutkimuksessaan. Esimerkiksi Jarvisin mukaan dialyysi- ja munuaissiirtopotilaat tarvitsevat ennen kaikkea informaation ja välittämisen yhdistämistä, mikä voi tapahtua tiedustelemalla potilaan odotuksia, pelkoja, huolenaiheita, voimavaroja, roolin muuttumista, oman arvon tuntoa, elämänlaatua, uskon perusteita ja hengellisiä odotuksia (Jarvis 1989, 243-246).

Hematopoeettisen kantasolusiirron (hematopoietic stem cell transplant, HSCT) potilaiden täytyy asua enintään puolen tunnin matkan päässä hoitopaikasta vähintään sadan päivän ajan siirron jälkeen. Heidän ensihoitonsa tapahtuu avohoidossa ja he siirtyvät sairaalaan vain intensiivihoidon ajaksi. Siksi heidän ja heidän avustajansa täytyy vuokrata asunto läheltä sairaalaa, mikä aiheuttaa kustannuksia. Eristäytyminen ja koti-ikävä ovat tyypillisiä vaikeuksia. Vertaistuen he kokevat parhaaksi avuksi. Koska hoitohenkilökunta vaihtuu jatkuvasti, sairaalapapit Seattlessa ovat kokeneet parhaaksi seurata omaa HSCT-potilastaan sekä avo- että sairaalahoidossa koko hoidon ajan. Hengellisten tarpeiden kartoitus, kuten halu papin potilaskäynnille kartoitetaan alkuhaastattelussa. Yli puolet leukemiapotilaista pyytää hengellistä tukea ahdingon hetkinä. Kotiutuksen tapahtuessa pappi ottaa yhteyttä ja pitää yllä kontaktia potilaisiin ja avustajiin vuosienkin ajan seurantakäyntien yhteydessä. (King & al. 2006, 101-103).

Tajuttoman potilaan kohtaamisessa saattohoitokodeissa usein otaksutaan, että jos joku ei pysty vastaamaan sanallisesti, hänellä ei ole aktiivista tietoisuutta ympäristöstään. Kun oppii havaitsemaan pienimmänkin vasteen potilasvierailun aikana, alkaa harkita uusia tapoja välittää hengellistä hoitoa heille, jotka eivät pysty vastaamaan sanallisesti. Tajuttoman potilaan tapaamisessa sielunhoitaja voi tehdä aloitteen hengellisen tietoisuuden stimuloimiseksi katseella, äänillä, terapeuttisella kosketuksella, tuoksuilla ja harvemmin maulla. Vaste voi olla ruumiin liike, äännähdys, muutos ilmeessä, silmänliikkeessä tai yleisessä käytöksessä. Myös Alzheimer-potilaiden kohdalla

kannattaa kiinnittää huomio enemmän fyysisiin kuin verbaalisiin reagointeihin. Heidän kanssaan voi käyttää tunteisiin (ilo, suru, viha, pelko) vetoavia välineitä, kuten päivittäisten rutiinien ja tapahtumien läpikäymistä, vertauksia, kertomuksia, musiikkia, taidetta, rukousta, uskonnollisten tekstien tai Raamatun ääneen lukemista, symboleja ja elämän historian läpikäymistä. (Howland 2006, 256).

AIDS-teemanumero talvella 1989 esitteli tämän sairauden räjähdysmäisen lisääntymisen ja laajuuden sen suuruiseksi, että se ei ollut enää vain joidenkin specialistien asia, vaan jokaisen sielunhoitajan toimenkuvaan kuuluvaa (Sunderland 1989, 294). Koska parantavaa lääkettä ei vielä tuohon aikaan ollut olemassa ja potilaat tiesivät kuolevansa, sekä he että sielunhoidon piiriin luonnollisesti liittyneet omaiset ja läheiset toivat kuolemaan liittyvät teemat itse esille ilman sielunhoitajan aloitteellisuutta. Siksi voidakseen olla parhaiten avuksi hänen täytyi selvittää myös suhteensa omaan kuolevaisuuteensa. (Goss 1989, 305-308). Toinen tabu, minkä AIDS kuoleman lisäksi toi esille, oli seksuaalisuus. Homoseksuaalisuuden ja suonensisäisten huumeiden käytön johdosta potilaiden sairastuminen leimattiin tietyissä uskonnollisissa piireissä rangaistukseksi synnistä. Potilaiden saaman kaksinkertaisen stigman vuoksi he tarvitsivat paitsi kristillistä tuomitsematonta rakkautta, myös kekseliästä sosiaalista, henkistä, myös fyysistä (kääntäminen, vuoteen sijaaminen, kylvytys, hierominen) ja hengellistä tukea seurakunnalliselta hoitotiimiltä, johon tarvittiin mukaan myös maallikoita. Silti AIDS ei pohjimmiltaan eronnut muista sairauksista siinä määrin, ettei CPE-koulutus olisi riittänyt sielunhoitajille. Seurakunnallisen ja ekumeenisen AIDS-hoitotiimin löydöt nähtiin hyödyllisiksi siirtää myös muiden sairauksien, kuten Alzheimer-potilaiden perheiden hyödyksi. (Sunderland 1989b, 313-321; Shelp 1989, 326, 333, 335).

Seitsemän vuotta myöhemmin tehdyssä, AIDS-potilaiden sielunhoitoa koskevissa tutkimuksissa todettiin, että potilaiden sopeutumismekanismit, jotka perustuvat uskoon, palvontaan ja rukoukseen antavat hengellistä vastakaikua yksinäisyyteen, masennukseen, ahdistukseen ja itsemurha-ajatuksiin eivätkä he tässä suhteessa eroa lainkaan muusta väestöstä (Somlai & al. 1996, 189-190). Entisten aikojen käännytysterapia on asetettu moraaliseksi kyseenalaiseksi ja luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus tärkeäksi taudin leviämisen uhallakin (Ekman 1997, 24).

Kuolemanvakavasti sairastuneen potilaan ongelmia käsittelevät esimerkiksi Johnstone

sekä Stepmsen: Henkilön sairastuttua kuolemanvakavasti hänen ensimmäinen kysymyksensä on usein ”miksi?”. Tunteiden tuulettamisen (ventilation) jälkeen tämä kysymys vähitellen muuttuu eksistentiaalistiseen muotoon ”mitä tämä merkitsee?”. Eräs potilas kertoi kokeneensa, että vaikka hänellä on ollut kiireinen, täysi ja onnellinen elämä, viimeiset kuusi kuukautta, kun hän sai tietää kuolevansa, ovat olleet hänen elämänsä merkityksellisimmät kuukaudet. Vaikka elämä voi määrällisesti lyhentyä, se voi laadullisesti rikastua. (Johnstone 1981, 176).

Kuolemansairaana potilaan toivon etsintä on viime kädessä elämän tarkoituksen etsintää. Epäonnistuminen mielekkäiden vastausten löytämisessä syviin eksistentiaalistisiin kysymyksiin voi johtaa suisidaalisiin ajatuksiin. Tällaiset kysymykset eivät oikein ole lääketieteen eivätkä psykologian tai sosiaalitieteidenkään alaa, vaan sairaalapapit ovat koulutettu käsittelemään juuri tällaisia kysymyksiä teologisesti, rituaalin kautta ja sielunhoidollisesti. Papin on opittava, että pyyntö itsemurhaan lääkärin avustamana ei ole huuto itsensä tappamisen auttamiseen, vaan huuto löytää tarkoitus elämään, sairauteen ja kuolemaan. Ainoa vastaus, mikä merkitsee jotain potilaalle, joka kysyy: ”Voitko kertoa edes yhden syyn, miksi minun pitäisi jatkaa elämää?” on: ”Ehkä keskustelemalla kanssani voit löytää vastauksen.” (Stepmsen 1994, 220-221).

Vertailtaessa Suomen ja Ruotsin kirkkojen antamaa tukea seurakuntalaisilleen elämän loppuvaiheessa voidaan todeta, että vaikka molemmissa kirkoissa tarjotaan runsaasti apua sureville omaisille ja sururyhmiäkin järjestetään lähes jokaisessa seurakunnassa (Ruotsissa diakonin ja Suomessa tavallisesti papin ja diakoniatyöntekijän yhdessä vetäminä), kuolevien hengellinen tukeminen seurakuntien työntekijöille tehdyn haastattelututkimuksen mukaan oli paikallisseurakunnissa sangen vähäistä ja ymmärrettiin lähinnä sairaalapappien asiaksi. Silti kaksi kolmesta vastaajista Suomessa ja kolmannes Ruotsissa piti kirkon antamaa tukea ainutlaatuisena, mitä ei voi korvata minkään muun ammattikunnan tekemänä. Mutta vaikka kirkkojen osuus hautajaisrituaalien, kirkkorakennuksien ja hautausmaiden ylläpitäjänä koetaan tärkeäksi, niiden rooli kuolevien tukemisessa on suhteellisen marginaalinen. Ruotsissa kuoleminen on siirtynyt Suomea enemmän sairaaloiden ulkopuolelle. Siksi kuolevien sielunhoitoa ei voi enää laskea pelkästään sairaalapappien varaan, vaan paikallisseurakuntien työntekijöillä on oltava valmius toimia palliatiivista hoitoa antavissa kodinomaisissa yksiköissä. (Jeppsson Grasman & al. 2010,5-8).

Tutkittaessa sekä keski- että esikaupunkialueella asuvien kirkossakävijöiden odotuksia siitä, miten he haluaisivat seurakunnan papin vierailevan läheisen kuoleman jälkeen, havaittiin, että naiset haluavat miehiä enemmän tavata pappia tai maallikkoavustajaa välittömästi ja myös puolen vuoden päästä. Iällä tai sosiaalisella taustalla ei ollut merkitystä. Sekä miehet että naiset pitivät parhaimpana tapaamisaikana kaksi tuntia kuolintapahtuman jälkeen, he pitivät tapaamista puhelinkeskustelua parempana ja arvostivat rukousta ja raamatunlukua, varsinkin hautajaisten jälkeen tapahtuvassa tapaamisessa. Mutta ”viisauden sanoja” tärkeämpää oli toisen noin puoli tuntia kestävä läsnäolo. Naiset halusivat ihmissuhteita arvostavina privatisoituneita miehiä useammin ja pitempiä tapaamisia. Toisin sanoen naisille olisi vaikeaa tarjota liikaa sielunhoitoa. (Schade & Shade 1976, 276-279).

Elokuva *About Schmidt* (2002, ohjaus: A. Payne, pääosassa Jack Nicholson) on esimerkkinä monimutkaisesta surusta, jota Stalfa (2010, 1-6) kutsuu kuolemanjälkeiseksi illuusioiden poistamiseksi (posthumous disillusionment). Kuoleman jälkeen vainajasta voi paljastua yllättäviä asioita (elokuvassa salatut rakkauskirjeet), jotka asettavat hänen muistonsa uuteen, vähemmän mairittelevaan valoon. Tällöin suhde vainajaan joudutaan osana surutyötä määrittelemään uudelleen. Psykoanalyttisen ja Kübler-Rossin tradition tilalle Stalfa ehdottaa narratiivista metodologiaa. Yhteiselle taipaleelle on muodostettava uusi kertomus. Papit voivat olla omaisen apuna muodostettaessa vainajasta totuudenmukaista muotokuvaa. Muistotilaisuudet ovat luonteva mahdollisuus käydä läpi vainajan elämää kaikessa ainutkertaisuudessaan. Stalfa kuitenkin varoittaa sielunhoitajia ehdottamasta liian pikaista anteeksiantoa: vihan ja pettymysten tunteille tulee antaa aikaa.

Teini-ikäisten raskauksien taustalla on usein havaittu olevan joku menetys: läheisen – tavallisesti jommankumman vanhemman tai läheisen isovanhemman - kuolema tai vanhempien avioero. Se on yksi yritys selviytyä vanhemman menetyksen aiheuttamasta surusta tai tiedostamattomasti etsitty rangaistus vastamyökkynä kuollutta kohtaan tunnetusta kätkeytyksestä vihasta. Surureaktio voi olla myös myöhästynyt ja alkaa siinä iässä, jossa äiti tai isä kuoli, varsinkin jos nuoren ei ole sallittu surra kuoleman tapahduttua. Seurakunnan ryhmässä tavoitteena on saada nuori vakuuttuneeksi siitä, että hän ei ole missään tapauksessa syypää vanhemman kuolemaan ja hänen on myös voitava ilmaista aggressionsa siitä, että hänen ”oikeutensa omistaa vanhempi” on keskeytynyt. Jo sillä, että vanhempi uskaltaa ottaa nuoren kanssa seksuaaliasiat ja

ehkäisyn puheeksi, on teiniraskauksia ehkäisevä vaikutus. Myös seurakunnan ryhmässä on otettava nämä teemat, ja niinkin vaiettu asia kuin poikien seksuaalikasvatus, esille. (Rolfe 1984, 30-34, 36-40).

Työongelmia koskevat artikkelit käsittelivät enimmäkseen pappeja: kutsumusta, työssä jaksamista ja mielenterveyttä, mutta Nelson ja McWhirter (1995, 168-170, 172) perustivat seurakuntansa työttömille suunnatun ryhmän, joka tarjosi vertaistukea sekä omien vahvuuksien ja taitojen arvostamisen oppimista. Henkilökohtaisen kontrollin käsite tuli ryhmälle tärkeäksi sen jäsenten työskennellessä kohti elämänsä positiivisia muutoksia. Toisia kunnioittavassa ilmapiirissä jäsenten itsetuntemus lisääntyi ja auttoi ehkäisemään työpaikoilla usein esiintyvää kritiikkiä ja tuomitsemista. Puoli vuotta kestäneen kokoontumisen aikana 60 % työttömistä löysi työpaikan.

Kollektiiveista tilannekriiseistä on esimerkkinä tsunami Thaimaassa Tapaninpäivänä 2004. Thailaisessa kansanperinteessä elää kummituskulttuuri: Esimerkiksi kalastajat kuulevat hukkuneiden itkun merellä tai hotellin vartija kuulee rannalla äidin kutsuvan koko yön lapsiaan. Jungilaisen käsityksen mukaan kyseessä on psyykkinen ilmiö, joka johtuu kollektiivisen tiedostamattoman autonomisista komplekseista. Laaja katastrofi on nostanut kuoleman ahdistuksen ja menetyksen tuskan sellaiselle pakkomielteen tasolle, että tämä kompleksiksi on muodostanut kollektiivisesti heijastettuja haamuja thai-kansan keskuuteen. Thai-buddhalaiset uskonnolliset rituaalit, kuten 1500 munkin urheilustadionilla lähettämät 10000 valolyhtyä (tai 20000 sadan päivän jälkeen), ovat tehokas väline tarjota suruterapiaa tsunamin traumasta kärsiville. (Sorajjakool 2007, 343-346, 348-349).

Lapsettomuudesta johtuva kriisi on paitsi identiteettikriisi myös uskon kriisi: kuinka löytää toivoa ja merkitystä, kun se, mitä pitää itsestään selvyytensä – terveys ja lasten saaminen – pettää. Hedelmättömyys on sikäli erityinen suruprosessi, että se on aineetonta eikä konkreettista ja myös keskustelunaiheena tabu, mikä voi johtaa eristäytymiseen ja yksinäisyyteen lisäten tuskaa. Lisäksi se voi aiheuttaa parisuhteessa hyökkäävyyttä tai vetäytymistä, kun kipu ja viha riivaavat ja keskinäinen tuki tuntuu katoavan. (Devor, 1994, 355-358).

Koska JPC on suunnattu pääasiassa sairaalapapeille eikä esimerkiksi perheterapeuteille, artikkeleissa käsitellään paljon enemmän tilannekriisejä (43,6 %) ja sairauksia (25,6 %)

kuin ihmissuhdeongelmia (11,6 %) ja parisuhdeasioita (8,8 %), joista monet näitä ongelmia käsittelevistä artikkeleista koskivat itse asiassa papiston avio- ja seksuaaliongelmia.

Goodling & Smith (1983, 277, 290-291) totesivat, että 1970-luvun lopulta lähtien pappien avioerot ovat tulleet ”ulos kaapista” ja että vaikka erojen määrä (luterilaisilla 2,2%, episkopaaleilla ja metodisteilla samaa luokkaa) on pieni verrattuna amerikkalaisten eroihin keskimäärin (11 %), asialla on kuitenkin kasvava merkitys paitsi viranhaltioille itselleen, myös pappien puolisoille (asunto-ongelmat) ja seurakunnalle. Avioerot eivät kuitenkaan enää tapauskohtaisesti johda siihen, että pappien tulisi aina erota virastaan, vaan asian kanssa voidaan elää kirkon sisällä varoen omahyväistä ja tuomitsevaa kovuutta.

25 vuotta myöhemmin ehdotetaan pappien perheitä koskeneen haastattelututkimuksen johtopäätöksenä, että näille tulisi järjestää säännöllisesti avioliittoseminaareja ja että seurakuntien ja hallintovirkamiesten tulisi enemmän tukea pappien perheitä työn erityislaatuisuudesta johtuvien ongelmien, esimerkiksi säännöttömien ja perheen kanssa yhteen sopimattomien työaikataulujen vuoksi. (Stalfa 2008, 252, 257). Ongelmien syyt oli siis ainakin tiedostettu.

Yhdeksän vuotta aikaisemmin Bakerin (1989, 20, 23-24) suorittamassa tutkimuksessa ryhmä eri protestanttisten kirkkokuntien pappien vaimoja otti osaa vertaistukiryhmään, joka kokoontui kerran viikossa neljän viikon ajan kulloinkin annettuun teemaan keskittyen. Kolmen kuukauden kuluttua suoritettuna kyselyn mukaan osanottajat kokivat ryhmän hyvin myönteiseksi ja hyödylliseksi ja kontrolliryhmään verrattuna hyötyivät selvästi ryhmästään. He jatkoivat omaehtoisesti ryhmän kokoontumista tutkimusajan jälkeenkin. Pappien puolisoina he mainitsivat ongelminaan muiden muassa puolisoiden epäsäännölliset ja muiden perheen jäsenten aikatauluista poikkeavat kohtuuttomat työajat, taloudelliset vaikeudet, valmiuden jatkuvaan muuttamiseen, yhteisön ja seurakunnan jäsenten vaativat ihanteellisen roolin odotukset, henkilökohtaisen identiteetin menettämisen, henkilökohtaisen elämänpiirin kontrollin menettämisen, henkilökohtaisen sosiaalisen verkoston rajoitteet ja yksinäisyyden.

Baptistipappien seksuaalisia väärinkäytöksiä koskevassa artikkelissa Seat & al. (1993, 364-365, 367-368) referoivat muita tutkimuksia, joiden mukaan 24 %:lla papeista oli

ollut avioliiton ulkopuolisia suhteita ja 12,7 % oli ollut yhdynnässä kirkkoonsa sidoksissa olevan henkilön kanssa ja 76,5 % papeista tiesi tällaisesta kollegasta. Etelän baptistikirkon papeille lähetetyn kyselyn tuloksien mukaan 6,1 % vastaajista myönsi, että heillä oli ollut enemmän kuin kymmenen kertaa seksuaalisia väärinkäytöksiä ja vain yhdellä vastaajista kirkkonsa ulkopuolisen henkilön kanssa. Väärinkäytökset korreloivat koettuun stressiin ja omaan koulutukseen kohdistuvaan luottamuspulaan. Koska etelän baptistit ovat suurin protestanttinen kirkkokunta ja heillä on USA:n kuuden teologisen seminaarinsa joukossa maailman suurin teologinen seminaari, kirjoittajat kehottavat heitä lisäämään opiskelijoidensa psykoterapiakoulutusta, erityisesti transferenssin ja vastatransferenssin tiedoissa sekä opastusta seksualisoituneen ja romantisoituneen sielunhoitosuhteen käsittelyssä.

Ashby ja Verner (2010, 1, 8-9) esittävät kysymyksen, onko terapeuttisesti orientoituneella sielunhoitajalla (pastoral counselor) velvollisuus raportoida pappisasiakkaastaan, joka on syyllistynyt seurakuntalaisensa seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Selostaessaan muiden muassa metodisti- ja presbyterikirkkojen ohjeistuksia, mitkä tietysti sanktioivat hyväksikäytön, he kuitenkin päätyvät siihen, että vaitiolo velvollisuutta ei ole syytä rikkoa, koska muuten apua tarvitsevat asiakkaat eivät uskaltaisi tulla sitä heiltä pyytämään. Terapiassa eheytyminen saattaa johtaa asiakkaan itse tunnustamaan tekonsa ja tähän heitä ollaankin kehottamassa. Mikäli he eivät kuitenkaan muuta käytöstään, terapiasuhte voidaan lopettaa ja ohjata asiakas toiselle sielunhoitajalle. Sekä maallisen että kirkollisen lain mukaan virka-aseman ja vallan väärinkäyttö lapsia tai henkisesti rajoittuneita kohtaan muuttaa kuitenkin tilanteen uhrin eduksi ja murtaa vaitiolo velvollisuuden. Kirjoittajat peräänkuuluttavat AAPC:lta tarkempia ohjeita.

Bowker (1983, 231-232, 234) esitteli tulokset tutkimuksesta, jossa oli haastateltu puolisoidensa pahoinpitelemiä naisia, jotka olivat hakeneet apua papilta. Yleisesti ottaen kokemukset pappien auttamisyriyksistä olivat enemmän positiivisia (55 %) kuin negatiivisia (45 %) onnistuen paremmin keskiluokkaisten kuin työläistäustaisten naisten kohdalla. Protestanttisten pappien kohtaamiset koettiin enemmän myönteisiksi (62 %) kuin katolisten (32 %), jotka käyttivät neuvomista tai ohjeiden antamista sielunhoidollisena toimenpiteenä kaksi kertaa protestantteja vähemmän eivätkä hengellisen perinteensä mukaisesti ehdottaneet avioeroa. Tutkija ehdottaa, että papit lisäisivät saarnoillaan seurakuntiensa tietoisuutta vaimojen pahoinpitelystä, perustaisivat

vertaistukiryhmiä ja rahastoja suojapaikkoja varten, vaikka vain harva käyttäisikin niitä.

1990-luvun alussa Stanley-Stevens & Stanley-Stevens (1992, 373, 380) totesivat, että vaikka monet kirkot tekevät erinomaista perheneuvontatyötä, eronneet kokevat, ettei heillä enää ole paikkaa seurakunnassa. He ehdottivat avioerosovittelua myös perheneuvontakeskusten palveluiksi, jolloin eronneet voivat kokea kirkon huolta pitäväksi yhteisöksi eikä heidän tarvitse tuntea olevansa siitä vieraantuneita, vaan voivat jo tarpeeksi tuskaa kokeneena rakentaa uutta elämää kristillisessä yhteisössä.

Vuonna 2004 tutkittiin sielunhoidon ”alalajin” (subcomponent) MRM:n (Marital and Relationship Ministry) toimivuutta eri rotuja edustavissa keskilännen metodisti-, baptisti- ja katolisissa seurakunnissa lisättynä Unitaarisen sekä homoseksuaaleja edustavien kirkkojen seurakunnilla. Kolme aihetta: kommunikaatio, perhe sekä suhteen rikastuttaminen nousivat kiinnostavimpina esille ja näiden jäljessä raha-asiat, hengellisyys ja eläkkeelle siirtyminen. Kirjoittajat ehdottavat, että papisto tarjoaisi kaikkialla mielekästä, seurakuntiansa tarpeisiin räätälöityä MRM:ä yhteistyössä USA:n kasvavista avioeroluvuista huolestuneiden valtakunnallisten ruohonjuuritason järjestöjen, The Coalition for Marriage, Families and Couples Educationin (CMFCE) ja Marriage Saversin, kanssa. American Association of Christian Counselors on ilmoittanut etsivänsä koulutukseen 100000 mentoriparia avoliittovalmentajiksi 10000 seurakunnassa vuoden 2011 loppuun mennessä. (Akagi & Bergen 2004, 63-65, 70-71, 73).

Psykologian professoreista koostunut tutkijaryhmä teki haastattelututkimuksen nuorista afro-amerikkalaisista miehistä, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa. He käyttivät tutkittavistaan lyhennettä MSM (men, who have sex with men), koska heistä kaikki eivät kokeneet olevansa homoja tai biseksuaaleja. Koska afro-amerikkalaiset ovat aktiivisia kirkossakävijöitä (70 % ovat jonkun afro-amerikkalaisen kirkon jäseniä), myös tutkittavat kävivät usein kirkossa. He kokivat sen itselleen luontevaksi ja turvalliseksi paikaksi, jossa heidät hyväksytään ja jossa he voivat osallistua monenlaiseen seurakunnan toimintaan. Joskus nämä marginaaliin kuuluvat kokivat kuitenkin kirkon opetuksen laskevan heidän omanarvontuntoaan ja siksi tutkijat kehittivät afro-amerikkalaisia pappeja vapautuksen teologian perinteen mukaisesti käymään dialogia MSM-ryhmän kanssa ja luomaan seurakunnastaan heille inklusiivinen, hoitava yhteisö. (Woodyard & al. 2000, 451, 452, 455, 458-460).

Alkoholisminsa kieltävien tarinoiden kuuntelu on usein hyödytöntä ja saa kuuntelijan kyllästymään. He rakastavat kertomuksiaan, mutta ne on keskeytettävä. Heidät on vaadittava saamaan hoitoa, ennen kuin heidän tarinoitaan voi kuunnella. (Bohler 1987, 70).

Corinne Chilstrom jakaa artikkelissaan henkilökohtaisen kokemuksensa perusteella itsemurhan tehneen omaisen tunteja ja selviytymistä. Hänen 18-vuotias poikansa teki itsemurhan heidän kodissaan. Vaikka hän oli kokenut sielunhoitaja ja monien suruseminaarien ja -ryhmien vetäjä, hän joutui luterilaisen piispapuolisonsa kanssa käymään läpi samat vaikeat asiat ja vaiheet kuin kuka tahansa maallikko. Jälkeen jääneiden päällimmäiset tunteet ovat viha, avuttomuus ja syyllisyys. Chilstrom referoi artikkelissaan Edwin Shneidmanin teosta *Definition of Suicide*, missä esitellään itsemurhaa harkitsevan päätöksentekoprosessia ja kuutta eri itsemurhatyyppiä yrityksestä selvinneiden haastattelujen perusteella. Kirja auttoi häntä syyllisyyden poistumisessa. Lasten ja teini-ikäisten on usein vaikeaa ilmaista suruaan ja se saattaa ilmetä vasta vuosikymmeniä myöhemmin. Surevat tarvitsevat sielunhoitajaa, joka uskaltaa ottaa vastaan omaisten voimakkaat tunteet ja sympaattisesti elää niissä mukana sekä aina uudestaan aktiivisesti kuunnella heidän surutarinansa yksityiskohdat. (Chilstrom 1989, 199, 202-203, 205-207). Wilkens modifioi Kübler-Rossin viisi surun vaihetta itsemurhan omaisia ajatellen neljään: viha, syyllisyys, häpeä ja menetys. Esille kumpuavat kysymykset ovat: Miksi? ja: Mitä nyt tulee tapahtumaan? Jälkimmäinen kysymys tarkoittaa omaisten mielissä myös vainajan kuolemanjälkeistä elämää. Seurakunnat, jotka ennakoivat omaisten saaman stigman, tulevat olemaan jäsenilleen suuri avun lähde, kun jotain odottamatonta tapahtuu. (Wilkens 2003, 389, 391-393).

Kansallisten tutkimusten mukaan USA:ssa papit ovat mielenterveysongelmissa eturivin auttajia. Myös itsemurha-ajatuksia hautovat ottavat yhteyttä pappeihin samassa määrin kuin muihinkin auttajatahoihin: psykiatreihin, muihin lääkäreihin tai mielenterveyden asiantuntijoihin. Tehdyn 15 papin haastattelututkimuksen mukaan jokainen kuitenkin ohjasi keskustelukumppaninsa mielenterveyden ammattilaisen luo. Syyksi mainittiin kokemattomuus, puutteellinen koulutus ja se, etteivät he koe olevansa mielenterveystyöntekijän roolissa. Ainoa havaittu ero evankelikaalisten (n=7) ja päälinjan (mainline, n=8) protestanttien välillä oli se, että edelliset sävyttivät uskonkäsityksiään itsemurhasta syntinä, jälkimmäiset eivät. (Mason & al. 2011, 1, 5-7).

Häpeää käsiteltiin erityisesti kaukoidän maissa tehtävässä sielunhoidossa: Kiinassa on voimakas häpeäkulttuuri, kuten on laita kaikissa me-kulttuurin maissa päinvastoin kuin yksilöllistä syyllisyyttä korostavissa läntisissä minä-kulttuurin maissa (Clinebell 1986, 374). Samoin Etelä-Korea on enemmän häpeä- kuin syyllisyyskulttuurin maa. Tämä johtuu siitä, että lapset kasvatetaan pienestä pitäen yhteisön kontrollissa ja äärimmäisen riippuvaiseksi äideistä. Lapset tuntevat häpeää paitsi yhteisöään, myös äitiään kohtaan, jos he tekevät jotain väärin. Vangit voivat tuntea jopa suurempaa häpeää suhteessa äitiinsä kuin rikoksensa uhrin. Häpeä on enemmän psykodynaaminen prosessi kuin syyllisyys, mutta häpeän tunne ei välttämättä ole paha asia, vaan sillä voi olla myös terapeuttinen funktio: Kun selviydytään menneisyyden häpeästä, voidaan omaksua henkilökohtainen vastuu. Opitaan, miten ei enää pidetä kiinni menneestä häpeän tunteesta, vaan päästetään se pois. (You 1997, 60, 63).

Sielunhoitajan on muistettava, että häpeää tunteva yrittää vetää auttajaa mukaan häpeän kolmioonsa (uhrista tulee rikollinen, joka etsii pelastajaa) tekemällä auttajasta uhrin ensin kehumalla häntä, mutta toteamalla lopuksi, ettet sinäkään pystynyt minua auttamaan (Severino ja Morrison 2013, 8). Saman ajatuksen esittää VanKatwyk (1999, 410) selittäessään sielunhoitoprosessia transaktioanalyysin peliteorian avulla: Alun perin asiakas on uhri hänen ongelmansa ollessa vainoaja ja sielunhoitajan ollessa pelastaja. Kun ongelma sitkeästi jatkuu, sielunhoitaja siirtyy uhrin rooliin, jota resistentti asiakas vainoaa kun taas asiakas voi tuntea olevansa epäpätevän tai epäsympaattisen sielunhoitajan vainoama.

Kun auttaja istuu häpeästä kärsivän kanssa ja on läsnä ilman, että yrittää maagisesti pelastaa häntä, häpeästä kärsivä alkaa kokea olevansa rakastettu vaikka tunsikin olevansa vastenmielinen. Siinä hetkessä läsnäolo tekee hänelle mahdolliseksi kokea olevansa ymmärretty ja hyväksytty. Kun häpeästä kärsivä kokee tulevaisuuden hyväksytyksi ja mahdollisesti rakastetuksi huolimatta siitä, että kokee häpeää, hän voi muuttua jännittyneestä rauhalliseksi, pelkäävästä rakkautta kokevaksi ja vastenmielisestä arvostetuksi. Vähitellen uudet muistijäljet voivat korvata häpeän kolmion ja uudet voimavarat voivat tulla mahdollisiksi tukemaan uutta minuutta. Tämä prosessi kestää kauan. (Severino ja Morrison 2013, 9)

5. SIELUNHOITOTILANNE

5.1. Puitteet

Sielunhoidon puitteita on tutkituissa artikkeleissa mainittu seuraavasti: (N = 250)

Sairaala tai muu hoitolaitos	35,6 %
Sielunhoitokeskus tai yksityinen vastaanotto	11,2 %
Jumalanpalvelus	2,8 %
Kirkollinen toimitus	2,0 %
Muu seurakunnallinen toiminta	10,4 %
Yleinen sielunhoito yhteensä	15,2 %
Kirkko tai muu seurakunnan tila	10,4 %
Kotikäynti	4,4 %
Puhelinkeskustelu	0,0 %
Satunnainen tapaaminen	0,0 %
Muu (esim. vankila, katu/slummi)	2,8 %
Muut puitteet yhteensä	17,6 %
Ei mainita	20,4 %
Yhteensä	100,0 %

Muu seurakunnallinen toiminta tarkoittaa esimerkiksi erilaisten tukiryhmien muodostamista niistä tarvitseville.

Koska JPC(C) on hoidettavien ongelmien käsittelyssä alkanut entistä enemmän keskittyä tilannekriiseihin ja erityisesti somaattisiin sairauksiin, tämä kehitys näkyy myös siinä, että sielunhoidon puitteena mainittiin yli kolmanneksessa kaikista artikkeleista sairaala tai muu hoitolaitos. Sielunhoidolliset keskustelut käytiin tällöin siis sairaavuoteen ääressä, psykiatrisen sairaalan klinikalla tai sairaalasielunhoitajan vastaanottohuoneessa. Sairaala sielunhoidon puitteena itse asiassa lisääntyi tutkimusajanjaksona: vuosien 1980-1986 26,0 %:sta vuosien 2008-2014 44,7 %:iin. Vuosina 1952-1979 sairaala mainittiin sielunhoidon puitteena vain 18 %:ssa, kun taas neuvontakeskus tai yksityinen vastaanotto 31,3 %:ssa tutkituista artikkeleista (Jaatinen 1980, 58). Tilanne on siis kääntynyt lähes päinvastaiseksi ja painopiste siirtynyt sielunhoitokeskuksista sairaaloihin. Syynä on vuonna 2003 tapahtunut muutos julkaisukunnassa: AAPC erosi ja lehden tarkoituksen painopiste muuttui terapeuttisesta sielunhoidosta (counseling) hengellisen elämän ohjaukseen ja sairaalasielunhoitoon (spiritual care, chaplaincy). Vuonna 2009 aloittaneessa AAPC:n Sacred Spaces E-

journalin tarkoituksena ilmoitetaankin olevan sen artikkelien aiheiden liittyvän nimenomaan pastoral *counselingiin*, vaikka joka numerossa ilmoitetaankin, että kirjoittajien mielipiteet eivät välttämättä edusta AAPC:n mielipiteitä. Myös VanKatwyk (2002, 109, 119) kiinnitti huomion moniarvoisen ja moniuskontoisen yhteiskunnan vaikutukseen siihen, että joidenkin sairaaloiden nimistössä sairaalapapin palvelut on muutettu sielunhoidosta (Pastoral Care) henkiseksi ja uskonnolliseksi hoidoksi (Spiritual and Religious Care. Koska spiritualiteetti/spirituaalinen ei ole Suomessa arkikielessä vielä kovin tuttu ilmaisu, tässä on käytetty termiä henkinen.) Spiritualiteetti on sen tajuamista, että on olemassa jotain itseä suurempaa (Brun 2005, 429. Katso myös Virtaniemi (2017, 52), joka toteaa McCarthyyn viitaten, että spirituaaliteetti on laajempi käsite kuin uskonto ja uskonnolliset perinteet. Se on ihmisen syvimpien arvojen ja sitoutumisten ilmaus).

Kun Thomas C. Oden (1980, 4, 17) ihmetteli alun perin AAPC:n vuosikokouksessa pitämässään esitelmässä niitä sielunhoitajia, jotka ovat vailla seurakuntaa ja pastoraalista roolia eivätkä osaa kertoa, mikä on heidän terapeuttisen tehtävänsä suhde kristilliseen yhteisöön, niin tilanne on selvästi ainakin JPC:n artikkelien mainitsemien sielunhoidon puitteiden suhteen muuttunut hänen toivomansa suuntaan, kun yksityisten sielunhoitokeskusten tai vastaanottojen määrät ovat vähentyneet. Oglesby (1984, 89) toisaalta varoitti seurakuntapappeja siitä, etteivät jumalanpalvelusten ja sakramenttien toimittamiset muodostuisi heille pitkän virkauran aikana rutiineiksi. Nimenomaan hengelliseen ohjaukseen tulisi kuulua liittyminen jumalanpalvelusyhteisöön (Gallindo 1997, 400).

Stone (2001, 188, 190, 193-194, 196) totesi amerikkalaista sielunhoitokirjallisuutta vuosina 1949-1999 koskeneessa tutkimuksessaan, että varhaiset sielunhoidon teoreetikot painottivat seurakunnallista sielunhoitoa, josta nyt oli tapahtunut vieraantumista. Sielunhoidon synty-ympäristö on uskovien yhteisö ja se toteutuu jokapäiväisissä kohtaamisissa. Kirkkoon tulevilla ihmisillä on erilainen näkökulma kuin niillä, jotka menevät sellaisen sielunhoitajan (counselor) luo, joka harjoittaa yksityistä praktiikkaa. Paikallisseurakunnassa tapahtuvan sielunhoidon puitteet ovat ainutlaatuisia hyvin syvällisellä tavalla: yhteen tullut uskon yhteisö, jonka jäsenet muodostavat verkoston ja joiden luokse on lupa päästä ja kokea yhteyttä koko elämänkaaren ajalta. Myöhemmin sielunhoidon teoreetikoilla oli psykoterapiaan perustuva malli, mikä ei ollut yhteisöllinen ja niin he olivat menettäneet näkökulman paikallisseurakunnissa

tehtävään sielunhoitoon, mikä tapahtui saarnoissa, jumalanpalveluksessa, opetuksessa, hoitoryhmissä tai hengellisessä ohjauksessa. Tuntui siltä, että sielunhoitoa ei oltu viiteenkymmeneen vuoteen päivitetty lainkaan. Nyt täytyy keskittyä uusiin lyhytjaksoisiin sielunhoitotapoihin seurakunnallisissa puitteissa.

Myös O'Connor et al. (1995, 373) korostivat sitä, että sielunhoidon puitteilla on suuri vaikutus siihen tapaan, miten sielunhoitoa harjoitetaan. On suuri ero siinä, onko autettava asiakkaana vastaanotolla, potilaana sairaalassa vai kohdataanko hänet seurakunnan jäsenenä sen toiminnassa.

Taulukko 10. Hoidettavien ongelmien käsittely sielunhoidon eri puitteissa prosentteina

	Usk./el.-kats. ongelmat	Mielenterveys- ongelmat	Tilanne- kriisit	Ihmissuhde- ongelmat
N =	25	45	113	27
Sairaala tai muu hoitolaitos	16,0	26,7	63,7	3,7
Sh-keskus tai yks. vastaanotto	20,0	22,2	3,5	18,5
Yleinen sielunhoito	16,0	8,9	14,2	25,9
Muut puitteet, esim. srk:n tila	24,0	17,8	8,9	25,9
Ei mainita	24,0	24,4	9,7	25,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Ihmissuhdeongelmia käsitellään sairaalassa vähän (vuosina 1952-1979 niitä ei käsitelty lainkaan), mutta kylläkin yleisen sielunhoidon yhteydessä esimerkiksi seurakunnan tilaisuuksissa tai henkilökohtaisissa kohtaamisissa työntekijän työhuoneessa tai muissa vastaavissa puitteissa. Puhelinkeskusteluja ja satunnaisia tapaamisia ei esiintynyt lainkaan, vuosina 1952-1979 sentään muutama (1,3 %). Tähän ajanjaksoon verrattuna yleisen sielunhoidon ja muiden puitteiden osuudet ovat pysyneet suunnilleen samoina, mutta tilannekriisien käsittely on painottunut entistä enemmän sairaaloihin ja vastaavasti vähentynyt varsinkin sielunhoitokeskuksista (Jaatinen 1980, 61).

Jumalanpalvelus ja kirkollinen toimitus voidaan ajatella myös sielunhoidon välineeksi, jonka välityksellä yhteinen sielunhoito kuulijoille välittyy. Mutta koska ne tapahtuvat usein myös kirkollisissa rakennuksissa, ne on otettu mukaan myös sielunhoidollisiin puitteisiin ja mainitaan luokitusrunon sielunhoidon välineissä seurakuntayhteytenä. Esimerkkinä yleiseen sielunhoitoon luettavan jumalanpalveluksen hyödyistä ja haitoista Kenneth Mitchell (1982, 5-9, 12) kertoo vakavasti sairastuneesta 17-vuotiaasta tytöstä,

jonka puolesta seurakuntalaiset olivat organisoineet ympärivuorokautisen esirukousvartion hänen kotikirkossaan. Hänen seurakuntansa pastori piti velvollisuutenaan suostua tähän ja toimitti rukoushetken neljä ensimmäistä tuntia. Kun tyttö viisi kuukautta myöhemmin kuoli, pastori järjesti äidin suunnitteleman muistojumalanpalveluksen, jossa keskityttiin pelkästään ylösnousemuksen iloon mainitsematta mitään kuolemasta. Sairaalapappi järjesti henkilökunnalle oman muistojumalanpalveluksen. Kommenttipuheenvuoroissa kiiteltiin sairaalapapin roolia henkilökunnan tukemisessa, mutta kritisoitiin seurakunnan pappia epärealististen rukousodotusten, symbolisen hyvän ja pahan taistelun ja kuoleman kieltämisen tukemisessa. Toiminnassa pidettiin yllä valheellista perheenjäsenten rakkauden julkisivua. Seurakunnan ja sairaalan pappien olisi pitänyt neuvotellen toimia yhteistyössä.

Monissa jumalanpalveluskaavoissa mainitaan usein synnistä johtuva tuomio, mutta niissä ei ole juuri lainkaan mitään sellaista, mikä auttaisi häpeästä kärsivää ihmistä. Koska häpeä on sovintoprosessi, se vaatii sielunhoidon näkökulmasta kirkollisen toimituksen, joka tarjoaisi puitteet luottamuksen palauttamiseksi ja auttaisi saavuttamaan eheän minuuden. (You 1997, 64).

Hedelmättömille pariskunnille *liturgia* voi symbolisoida päästämistä ja eteenpäin menoa. Äitienpäivänä voi lisätä esirukouksen kohteeksi naiset, jotka eivät voi tulla äideiksi. Erityisessä hetkipalveluksessa pareille, jotka eivät voi saada lapsia, nimettiin heidän toiveensa, unelmansa ja menetyksensä. Itkun ja naurun myötä nimettiin uusi elämä, joka oli mahdollista, päätös, joka oli tehtävä ja uudet toiveet ja unelmat, jotka olivat muotoutumassa. (Devor 1994, 358-360). Henry Close (1993, 382-385) on tehnyt adoptioseremonian, jossa adoptioperheen vanhemmat ja lapset sekä adoptoitu vahvistavat uudet, tasa-arvoiset perhesuhteet. Myös adoptoitu sitoutuu vastauksellaan hyväksymään uudet vanhempansa ja sisaruksensa. Kaavaan kuuluu myös rukouksia ja lahjojen vaihtaminen kunkin perheenjäsenen välillä, millä ilmennetään vastavuoroisuutta, mikä luopumisesta huolimatta rikastuttaa elämää.

Kirkollisen toimituksen erityismuotona Smith (1997, 431, 433) esittelee eräänlaisen Vapautuksen litanian, jonka taustana on se, että monet saattohoitokotien potilaat näyttävät elävän tiettyyn juhlapäivään asti tai siihen asti, kunnes joku tietty henkilö saapuu tapaamaan heitä. Vasta sitten he ikään kuin antavat itselleen luvan kuolla.

Helpottaakseen tätä prosessia perheen tai suvun jäsenet voivat puhemiehensä johdolla pitää päästölitanian, jossa he vakuuttavat, että rakastavat potilasta, ettei heille jää mitään selvittämättömiä asioita ja että mitään ei ole enää tehtävissä. Jäsenet lausuvat kunkin puhemiehen näitä asioita koskevan vuorosanan jälkeen yhdessä: ”Me päästämme (release) sinut.” Masamba ma Mpolo (1985, 316) kuvaa afrikkalaista kulttuuria kuvaavassa artikkelissaan, miten avioeron aiheuttamista ongelmista johtuen järjestettiin kirkollinen toimitus (eroriitti) kummallekin suvulle aterioineen ja muine rituaaleineen, mikä laukaisi ahdistavan tilanteen.

5.2. Tavoitteet

Taulukossa 11, jossa on esitetty suhtautuminen sielunhoidon tavoitteisiin, muina tavoitteina mainittiin edellä mainituissa esimerkeissä esiin tulleet kuolemaan valmistaminen (erityisen päästölitanian avulla), yksilön integroiminen takaisin yhteisöön (afrikkalaisessa psykoterapiassa) tai merkityksen jatkuvuuden kokeminen tarinoiden muisteluttamisessa.

Taulukko 11. Suhtautuminen sielunhoidon tavoitteisiin

	<u>Suhtautuminen:</u>				Ei mai- nita	Yht.
	<u>pos.</u>	<u>%</u>	<u>neutr.</u>	<u>neg.</u>		
Avunsaamisen kokemus	188	75,2	1	1	60	250
Toimintakykyisyys	110	44,0	3	0	137	250
Ihmissuhteiden paraneminen	110	44,0	3	0	137	250
Perheen hoitaminen	103	41,2	0	1	146	250
Vaikuttaminen yhteisöihin	100	40,0	3	1	146	250
Elämäntilanteeseen sopeutuminen	155	62,0	0	1	94	250
Autonomia	74	29,6	5	4	167	250
Oivallus	47	18,8	4	6	193	250
Uskonelämän synty tai kasvu	124	49,6	10	1	115	250
Muu tavoite	5	2,0	0	0	245	250

Sielunhoidon myönteisinä tavoitteina tuli esille eniten se, että autettava itse kokee saavansa apua ja että hänen paha olonsa tai oireensa lievenee tai häviää kokonaan ja

toiseksi sopeutuminen erityiseen elämäntilanteeseen, esimerkiksi sairauten tai yksin jäämiseen. Melko paljon myönteistä suhtautumista tuli myös uskonelämän hoitamiselle. Esimerkiksi Piderman & Johnson (2009, 4) kuvasivat pitkälle edennyttä syöpää sairastavien potilaiden haastattelututkimuksessa, että hengellinen hyvinvointi antoi heille voimia ja sopeutumiskykyä sairautensa keskellä. Toisaalta se on saanut myös eniten neutraalia suhtautumista.

Vähiten myönteistä suhtautumista saivat toisaalta psykoanalyyysiin liittyvä tavoite: itsetuntemuksen lisääntyminen tiedostamattomien tekijöiden oivaltamisen avulla, sekä toisaalta autonomia eli kasvu omien ongelmien ratkaisemiseen ja itsevarmuuteen. Ne saivat osakseen myös eniten negatiivista suhtautumista. Autonomian kohdalla tämä voi tuntua omituiselta, koska se on kaiken sielunhoidon päämäärä: hoidettavan itsenäistyminen selviämään omillaan ilman sielunhoitajaa. Monesti sielunhoitajalla on kiusaus sitoa autettava itseensä, sillä riippuvuussuhde ruokkii hänen narsistista omanarvontuntoaan. Mutta tässä se ymmärrettiin liittyväksi analyttiseen terapiaan. Itsenäistyminen tavoitteena ei luonnollisesti koske vakavasti sairaita, vanhuksia tai terminaalipotilaita, mikä saattaa selittää sairaalasielunhoitoon erikoistuneen aikakauskirjan artikkeleiden kirjoittajien vähäisen kiinnostuksen siihen ja painotuksen siirtyneen terapeuttisesti suuntautuneesta sielunhoidosta (pastoral counseling) seurakunta- ja sairaalasielunhoitoon (pastoral care).

Sama selitys pätee myös, jos vertaa tavoitteita ajanjaksoon 1952-1979 (Jaatinen 1980, 64): Oivallus sielunhoidon myönteisenä tavoitteena on vähentynyt 19,2 ja autonomia 15,1 prosenttiyksikköä. Avunsaamisen kokemus on noussut 14,5, toimintakykyisyys 12,0 ja elämäntilanteeseen sopeutuminen 28,7 prosenttiyksikköä. Kun esimerkiksi vuosina 1952-1972 noin puolessa artikkeleista käsiteltiin oivallusta myönteisenä tavoitteena, näin tapahtui vuosina 1980-2000 enää 23,2 %:ssa ja 2001-2014 10,5 %:ssa artikkeleista. Muiden tavoitteiden muutokset ovat olleet pieniä. Esimerkiksi uskonelämän syntyyn tai kasvuun suhtautuu myönteisesti edelleen noin puolet artikkelien kirjoittajista.

Avunsaamisen kokemus (Taulukko 12 seuraavalla sivulla) asetettiin eniten tavoitteeksi kaikissa ongelmaryhmissä. Toimintakykyisyyttä korostettiin sekä mielenterveys- että ihmissuhdeongelmissa. Mielenterveysongelmissa elämäntilanteeseen sopeutumista ei asetettu yhtä usein tavoitteeksi kuin tilannekriiseissä eli niissä sairaudesta paraneminen

ymmärrettiin tapahtuvan useammin eikä tilannetta koettu yhtä lopulliseksi. Yhteisöihin vaikuttaminen nousi korostetusti esille tilannekriisien yhteydessä: esimerkiksi Nyce (1982, 39, 43) peräänkuulutti sekä lääkintähenkilökuntaa että paikallisseurakunnan työntekijöitä ottamaan paremmin läheisensä menettäneet ja surevien tunteet huomioon.

Taulukko 12. Sielunhoidon tavoitteiden asettaminen eri ongelmien mukaan, myönteinen suhtautuminen prosentteina

N =	Usk./el.kats. ongelmat 25	Mielenterv. ongelmat 45	Tilannekrii- sit 113	Ihmissuhde- ongelmat 27
Avunsaamisen kokeminen	60,0	80,0	78,8	88,9
Toimintakykyisyys	48,0	66,7	31,8	66,7
Ihmissuhteiden paraneminen	36,0	42,2	38,1	77,8
Perheen hoitaminen	28,0	20,0	26,6	81,5
Vaikuttaminen yhteisöihin	28,0	26,6	49,5	40,7
Elämäntilant. sopeutuminen	40,0	55,5	80,5	48,1
Autonomia	36,0	40,0	22,1	40,7
Oivallus	20,0	33,3	12,3	25,9
Uskonelämän synty tai kasvu	72,0	42,2	55,7	48,1

Liitteessä 2 on esitetty sielunhoidon eri osa-alueiden keskinäiset korrelaatiot. Sielunhoidon tavoitteissa korkeimmat tilastollisesti erittäin merkitsevät korrelaatiot kertovat siitä, että sielunhoitotilanteessa avunsaamisen kokemus ja muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen (0,43***) sekä toimintakykyisyys (0,30***) asetetaan usein yhtäaikaiksi tavoitteiksi ja samoin toimintakykyisyys ja ihmissuhteiden paraneminen (0,39***) sekä autonomia ja toimintakykyisyys (0,34***). Esimerkiksi Rizutto (1998, 76, 78) esittää sielunhoitoon hakeutuvan ihmisen motiiviksi löytää jokapäiväisen elämän olosuhteiden käytännöllisissä tilanteissa mielekäs uskonnollinen elämä. Vaikkeivät syyt olisikaan uskonnollisia, hakeutuminen kirkon työntekijän luokse tai hädän yksinäisyydessä liittyy heidät uskonnolliseen viitekehykseen.

Oivallusta sielunhoidon tavoitteena perusteltiin psykoanalyttisellä (0,38***) tai muulla psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,28***), jolla myös perusteltiin autonomiaa (0,22***) ja toimintakykyisyyttä (0,16**). Sen sijaan psykoanalyttisillä argumenteilla ei perusteltu yhteisöihin vaikuttamista (-0,22***).

5.3. Menetelmät

5.3.1. Toimenpiteet

Taulukko 13. Sielunhoidolliset toimenpiteet. Myönteinen tai neutraali suhtautuminen prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä
N =	50	58	56	48	38	250
Arviointi	42,0	32,8	46,6	50,0	31,6	41,2
Ohjaaminen toisen luo	20,0	13,8	23,2	22,9	10,5	18,4
Kyseleminen	26,0	22,4	28,6	33,3	26,3	27,2
Neuvominen, ohjeiden anto	32,0	10,3	39,3	31,3	26,3	27,6
Julistus ja opetus	34,0	27,6	32,1	22,9	23,7	28,4
Kuunteleminen ja tukeminen	62,0	75,9	89,2	77,1	76,3	76,4
Hyväksyminen	58,0	56,9	78,6	66,7	63,2	64,4
Rohkaisu	28,0	22,4	44,6	35,4	34,2	32,8
Osoittaminen	14,0	24,1	28,6	10,4	13,2	18,8
Tulkinta	8,0	17,2	14,3	10,4	7,9	12,0
Muu	10,0	17,2	10,7	10,4	5,3	10,8

Muina toimenpiteinä luokitusrungossa mainittujen sosiopoliittisessa ja profeettallisessa sielunhoidossa esiintyvien toimenpiteiden lisäksi mainittiin esimerkiksi klarifikaatio eli selventäminen (esimerkiksi Gallindo 1997, 397), lohduttaminen sekä leikki lasten psykiatrisella osastolla.

Myönteisesti tai vähintään neutraalisti suhtauduttiin kaikkein eniten kuuntelemiseen, jota käsiteltiin yli kolmessa artikkelissa neljästä sekä hyväksymiseen, jota käsiteltiin lähes kahdessa artikkelissa kolmesta. Usein ne mainittiin samassa artikkelissa (korrelaatio tilastollisesti erittäin merkitsevä 0,54***), samoin arvioiminen ja kyseleminen (0,34***) sekä neuvominen ja rohkaisu (0,35***). Eniten kielteistä suhtautumista tuli neuvomisen ja ohjeiden antamisen (10,8 %) sekä julistuksen ja opetuksen (13,6 %) osalle. Näitä perusteltiin etenkin uskonnollisella vakaumuksella tai perinteellä (0,24***, 0,32***). Verrattaessa aikaisempaan tutkimukseen (Jaatinen 1979, 76) erityisesti julistus ja opetus sekä tulkinta ovat menettäneet suosiotaan. Esimerkiksi vuosina 1959-1965 julistukseen ja opetukseen suhtautui myönteisesti 69,7 % ja tulkitsemiseen 36,4 % kirjoittajista.

Taulukko 14: Sielunhoidolliset toimenpiteet eri ongelmien mukaan, myönteinen suhtautumien prosentteina

N =	Usk./el.kats. ongelmat 25	Mielenterv. ongelmat 45	Tilannekriisit 113	Ihmissuhde- ongelmat 27
Arviointi	28,0	40,0	48,7	37,0
Ohjaaminen toisen luo	20,0	20,0	19,5	25,9
Kyseleminen	24,0	20,0	29,2	26,9
Neuvominen, ohjeiden anto	44,0	17,8	24,8	37,0
Julistus ja opetus	44,0	13,3	26,5	33,3
Kuunteleminen ja tukeminen	72,0	66,7	84,1	74,1
Hyväksyminen	52,0	61,4	66,4	51,9
Rohkaisu	56,0	31,1	32,7	25,9
Osoittaminen	16,0	28,9	10,6	33,3
Tulkinta	20,0	24,4	5,3	3,7
Muu	12,0	11,1	6,2	22,2

Mikäli sielunhoidon tavoitteeksi asetettiin avunsaamisen kokemus, toimenpiteinä käytettiin kuuntelemista (korrelaatio 0,49***) ja hyväksymistä (0,35***). Mikäli tavoitteeksi asetettiin ihmissuhteiden paraneminen, toimenpiteinä oli kyseleminen (0,30***) ja hyväksyminen (0,29***). Kriiseistä selviämiseen autettiin kyselemisellä (0,27***) sekä kuuntelemisellä ja tukemisellä (0,43***). Autonomia sielunhoidon tavoitteena ja konfrontaatio eli osoittaminen toimenpiteenä saivat keskenään tilastollisesti erittäin merkitsevän korrelaation 0,49***. Itsetuntemuksen lisääntymistä ymmärrettiin saatavan osoittamisen (0,57***) ja tulkinnan (0,47***) avulla. Näitä perusteltiin luonnollisesti psykoanalyttisen (0,34***; 0,28***) tai muun psykologis-hermeneuttisen käsityksen (0,48***; 0,25***) perusteella, mutta ei käytännöllis-tarkoituksenmukaisilla syillä (-0,17**; -0,14*).

Kuuntelemista ja tukemista suositeltiin käytettäväksi kaikkien ongelmaryhmien ihmisten sielunhoidossa. Sen ohella myös hyväksymistä korostettiin erityisesti mielenterveysongelmien ja tilannekriisien yhteydessä. Uskonnollisten ongelmien kohdalla rohkaisua, kuten myös neuvomista sekä julistusta ja opetusta käytettiin muita ongelmaryhmiä enemmän.

Cedarleaf (1984, 310-312, 314) kuvaa artikkelissaan Listening Revisited kuinka hän oppi kuuntelemisen taiteen sellaisilta CPE-liikkeen varhaisilta isiltä kuten Anton Boisen, Tom Klink ja Russel Dicks, jonka mukaan kuunteleminen ja hiljaa oleminen ovat ”opetuslapseuden liha”. Boisenin oppilaana psykiatrisessa sairaalassa hän

havainnoimalla, kuuntelemalla ja heijastamalla kuulemansa takaisin alkoi ymmärtää potilaiden salaperäistä kieltä ja sekavien sanojen sisäistä merkitystä. Klinkin huonetoverina hän oppi anteeksiannon sovittavan voiman valikoivan kuuntelemisen syntiin. Leikkauspelkoisen potilaan olleessa työnohjauksen aiheena Dicks huomautti hänelle: ”Kuuntele ihmistä, vakuuttelu auttaa harvoin. Pelolla voi olla juurensa ihan muualla. Voit palvella häntä parhaiten olemalla hiljaa.” Saarnoihin keskittyneessä kirkossa ihmisten syviä huolia ja salattuja totuuksia kuunteleva pastori auttaa ihmisiä tulemaan luoviksi, kokemaan uudestisyntymisen ja saavan vastauksen rukouksiinsa. Ajatustenvaihto ja kuuleminen ovat toisen ainutlaatuisuuden, voimavarojen, rajoitusten, vahvuuksien, uskon, tilanteen ja tarpeiden aktiivista vaistoamista.

Vastaavanlaisen artikkelin (*On the Art of Caring*) kirjoitti myös Charles V. Gerkin (1991, 400-402), jonka mukaan huolenpito on kuuntelemista, vastaamista, puolustamista ja kuulemistä. Kuunteleminen ei ole vain sanojen, vaan myös ilmaisun vivahteiden, piilossa olevan syyllisyyden, pelkojen ja ihmissydämen haaveiden kuulemistä. Randall (1986, 212-213) puolestaan kuvaa self-psykologian pohjalta, miksi erityisesti vanhusten tarinoiden kuunteleminen on tärkeää. Se, että jollakin on elämän tarina, edellyttää sitä, että hänellä on koko elämänsä aikana ollut läheisiä ihmisiä, minäobjekteja (*selfobjects*). Kun sielunhoitaja tarjoutuu kuuntelemaan vanhuksen tarinaa, hän samalla tarjoutuu mahdolliseksi minäobjektiksi. Kun hän osoittaa mielenkiintoa toisen eletylle elämälle, henkilö voi kokea olevansa arvostettu ja tärkeä. Mutta kuunteleminen on myös vaarallista, sillä tarinankertoja järkyttyy ja pettyy luottamaansa minäobjektiin, jos kuuntelija näyttää menettävän mielenkiintonsa ja silloin hän on edistämässä toisen jo valmiiksi synkkää ja haavoittuvaa elämäntarinaa. Bohler (1987, 65) erottelee huonon ja hyvän rogersilaisen kuuntelijan. Huono saattaa vain lyhennellen toistaa kuulemansa. Hyvä rogersilainen kuuntelija muistaa avunhakijan koko tarinan. Hän ymmärtää teemat, äänenpainot, pohjavireen ja epäsuhdan ja tarjoaa monet niistä takaisin.

Kattavan ohjeiston ohjaamisesta toisen auttajan luo tarjoaa Oglesby, Jr. (1987, 181-184). Ohjaaminen voi tapahtua joko liian nopeasti tai liian hitaasti. Mikäli sielunhoitajalla on rajoittuneisuutta ajallisesti, taidollisesti tai emotonaalisissa voimavaroissaan tai varmuudessaan, siirto toisen hoidettavaksi on paikallaan. Paras tapa löytää hyvä uusi avunlähde, on miettiä sitä hoidettavan kanssa yhdessä ja yhdessä tehdä myös

ensimmäinen yhteydenotto, esimerkiksi puhelinsoitto hoidettavan ollessa läsnä.

Bogia (1985, 363-368) suhtautuu kysymyksiin sielunhoitotyössä varauksellisesti, sillä sielunhoitajan esittämät kysymykset hoidettava kokee melkein aina hyökkäävinä, tunkeutumisena tai vaativina. Tilalle hän esittää havaintoja fyysisestä olotilasta (silmissäsi on kyyneleitä), toteamuksia, kuten: ”näyttää siltä, että”, ”minä haluaisin kuulla lisää”/”ajattelen, että” tai ”kerro minulle” sekä äännähdyksiä ja ruumiin kieltä, jotka ilmentävät kuuntelijan kiinnostusta. Hoidettavan kysymyksiin hän ei ehdota suoria vastauksia, koska ne tiedon saamisen sijaan melkein aina on tarkoitettu välittämään viestin. Vastauksien sijaan hän ehdottaa selventämistä (en ole varma, ymmärränkö...), toteamuksia, jotka koskevat kysymyksen tarkoitusperää tai tunnetilaa, yleistämistä (useimmat ihmiset kysyvät joskus noin) tai tapahtuman kommentoimista.

Sen sijaan Ivyn (1988, 81-82, 85-86, 88) mukaan ”pastoraalinen diagnostiikka” on välittämistä ja palvelua. Sen tehtävänä on ymmärtää, luokitella ja tulkita kokemusta. Se on keskeinen askel toisten ymmärtämisessä ja hoitamisessa. Hän ehdottaa neljää diagnostista kysymystä: Mikä huolettaa tätä ihmistä? Mikä aiheuttaa hänen ongelmansa? Mitä hänen kertomuksestaan puuttuu? Mitä tämä henkilö tarvitsee tulevaisuudessa? Koska ei ole olemassa kattavaa pastoraalisen diagnoosin mallia, hän esittelee neljä vaihtoehtoa, joista viimeisenä Donald Cappsin esittämän, Erik H. Eriksonin psykososiaalisiin ja Paul Pruyserin teologisiin teemoihin perustuvan mallin, jonka neljä keskeistä elementtiä ovat identifikaatio hoidettavan ongelmiin, ongelmien uudelleen muotoilu (kuunteleminen ja selventäminen), diagnostinen tulkinta (keskinäinen keskustelu arvioinnista) ja pastoraalinen interventio (suunnitelma, strategia) vastavuoroisesti diagnoosin kanssa.

Ruff (1996, 383, 387, 389, 391) esittää suorastaan, että sairaalasielunhoitaja kirjaa merkintöjä arvioistaan ja kysymyksistään osaston potilastietoihin, joista myös hoitohenkilökunta ja sijaistavat sairaalapapit voivat niitä nähdä. Tietoihin merkitään esimerkiksi arvio potilaan ja hänen perheensä psyykkisestä, sosiaalisesta ja hengellisestä tilasta ja suunnitelma jatkokäyntejä varten. Ruffin mukaan lääkärit, osastonhoitajat ja sosiaalityöntekijät ovat hyötäneet näistä taustatiedoista, joita kukaan muu ei kirjaa ylös. Niihin on opittu luottamaan ja ne osoittavat, että sairaala täyttää tehtävänsä koko ihmisen hoitamisessa mukaan lukien mahdollisuus sielunhoitoon.

Sen lisäksi, että osoittaminen eli konfrontaatio ja tulkinta saivat osakseen melko vähän myönteistä tai neutraalia suhtautumista, näihin psykodynaamisiin toimenpiteisiin suhtauduttiin jossain määrin myös kielteisesti (3,2 % ja 3,6 %). Eniten kielteisistä suhtautumista tulkintaan sielunhoidollisena toimenpiteenä tuli vuosina 1994 – 2000 (7,1 %). Esimerkiksi Ana-Marie Rizzutton (1998, 75-77) mielestä analyttiseen psykoterapiaan kuuluva transferenssisuhteen tulkitseminen ei kuulu sielunhoitoon - ei edes uskonnollisten tunteiden tulkitseminen. Sielunhoitajan on oltava tietoinen transferenssisuhteen olemassaolosta, mutta vuorovaikutuksen tulkinnassa ei pidä mennä tiedostamattomalle alueelle. Sielunhoitajan kuuluu sen sijaan ensiksikin arvioida keskustelukumppanin tilanne ja mikäli vakavia mielenterveydellisiä ongelmia ilmenee, toimia yhteistyössä alan henkilökunnan kanssa ja rohkaista tätä hakeutumaan psykiatrisen avun piiriin. USA:ssa suuri osa mielenterveyspotilaista ennen mielenterveystyöntekijän tapaamista kääntyy ensin kirkon edustajan puoleen. Sielunhoitajan tehtävänä on kuunnella, tukea, lohduttaa, selventää apua hakevan tilanteen luonnetta (klarifikaatio) sekä ehdottaa ja rohkaista toimenpiteitä jokapäiväistä elämää varten.

Kanadalainen Waterloon luterilaisen seminaarin ja Wilfried Lauriel yliopiston professori Peter VanKatwyk julkaisi vuonna 1988 *Auttamistapojen kartan* (*The Helping Style Inventory*), joka esitti laajasti käytössä olleet terapeutitset toimenpiteet. Hän oli käyttänyt malliansa jo 1970-luvun loppupuolelta lähtien sielunhoidon opetuksessa ja työnohjauksessa, mihin se oli tarkoitettukin. JPC:iin kirjoitetuissa artikkeleissa tätä mallia kehitettiin edelleen: O'Connorin tutkimusryhmä arvioi eri kirkkokuntien sielunhoidon ammattilaisten haastattelututkimuksessa mallin käyttökelpoisuutta käytännön työssä. (VanKatwyk 1988, 319 – 327; O'Connor et al. 1995, 366).

Saadun palautteen perusteella VanKatwyk esitti päivitetyn mallinsa 1995 (**liite 3 a**). Auttamistapojen kartta muodostuu kahdesta kohtisuoraan risteävästä akselista, joista vaaka-akseli kuvaa sitä, onko sielunhoitaja kiinnostunut esitetystä ongelmasta (tehtäväkeskeinen) vai sen esittäneestä asiakkaasta (henkilökeskeinen). Pystyakseli kuvaa sielunhoitajan vallankäyttöä ja sen ääripäät käyttävät perinteisiä psykoterapian termejä ohjaava (directive) ja mahdollistava (facilitative, myös: auttava, helpottava). Ohjaava vallankäyttö korostaa sielunhoitajan pätevyyttä ja asiantuntevuutta. Asetelma on, että vahva auttaa heikkoa. Mahdollistava vallankäyttö taas luottaa apua hakevan elämäkokemuksellaan hankkimiin omiin voimavaroihin ja sisäiseen viisauteen, jotka

sielunhoitaja auttaa saamaan esille. (VanKatwyk 1995, 376 – 378).

Näin muodostuu neljä neljänneslohkoa, jotka kuvaavat neljää sielunhoitajasta olevaa mielikuvaa (image): opas, selebrantti, konsultti ja asianhoitaja. Asianhoitaja (manager) on ainoa kuva, mikä on jäljellä alkuperäisestä mallista. VanKatwyk toteaa, että tämä termi ei viittaa liikemaailmaan (business manager), vaan terapeuttiseen käsitteeseen crisis management (kriisin hoito). Kukin auttamistapa jakautuu kolmeen eri voimakkuustasoon. Vähiten voimakkaat tasot sijaitsevat lähellä keskustaa kuvaten sitä, että ne ovat vähiten eriytyneet (tiedon antaminen, yhdistäminen, keskusteleminen ja ehdottaminen) sallien auttajaa siirtymään helposti auttamistavasta toiseen. Keskeltä ulospäin siirryttäessä joudutaan enemmän eriytyneisiin ja joustamattomampiin auttamistapoihin, joiden käyttö sulkee toiset pois. Jos aloittelevat sielunhoidon opiskelijat käyttävät näitä, he helposti lukkiutuvat auttamisasenteessaan ja voivat vähemmän todennäköisesti laajentaa auttajan identiteettiään ja sielunhoidon taitojaan. Pidemmälle ehtineet opiskelijat voivat käyttää keskitasoa tai jopa ulointa tasoa - jos tilanne sallii - ilman, että he lukkiutuvat rajoittuneeseen ja jyrkkään sielunhoitajan rooliin. (VanKatwyk 1995, 378 – 380).

Tarkasteltaessa tässä luvussa esitettyä sielunhoidollisten toimenpiteiden luetteloa, joka on laadittu enimmäkseen supportiivisessa ja paljastavassa psykoterapiassa sekä asiakaskeskeisessä ja kriisisielunhoidossa käytettyjen menetelmien pohjalta, voidaan todeta, että kaikki vastaavat toimenpiteet julistusta lukuun ottamatta löytyvät VanKatwykin Auttamistapojen kartasta.

5.3.2. Välineet

Kaikkein eniten sielunhoidon välineeksi (Taulukko 15 seuraavalla sivulla) ymmärrettiin luonnollisesti keskustelu, mutta myös sanaton viestintä (kuten edellä Bogia 1985), seurakuntayhteys tai muu ryhmä koettiin tärkeiksi. Sielunhoidon perinteisistä välineistä rukoilemisen korostaminen on tutkimusjaksolla lisääntynyt kun taas maininnat ripin ja ehtoollisen käytöstä ovat vähentyneet. Verrattuna ajanjaksoon 1952 – 1979 (Jaatinen 1980, 81) rukous on lisääntynyt 9,5 ja ryhmien käyttäminen vähentynyt 15,2 prosenttiyksikköä. Muiden välineiden mainitseminen on pysynyt suunnilleen samalla tasolla.

Taulukko 15: Sielunhoidon välineet: myönteinen tai neutraali suhtautuminen prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä
N =	50	58	56	48	38	250
Keskustelu	76,0	81,0	92,9	87,5	94,7	86,0
Sanaton viestintä	34,0	27,6	26,8	16,7	28,9	26,8
Seurakuntayhteys	50,0	27,6	33,9	25,0	13,2	30,8
Muu ryhmä	26,0	22,4	35,7	27,1	21,1	26,8
Kirjalliset välineet	6,0	19,0	12,5	12,5	15,8	13,2
Toiminnalliset menetelmät	0,0	5,2	1,8	0,0	2,6	2,0
Raamattu	34,0	22,4	21,4	31,3	21,1	26,0
Rukous	30,0	12,1	32,1	41,7	44,7	30,8
Rippi	14,0	3,4	7,1	10,4	0,0	7,2
Ehtoollinen	24,0	10,3	10,7	10,4	7,9	12,8
Muu väline	12,0	5,2	12,5	12,5	28,9	13,2

Keskustelua käytettiin erityisesti silloin, kun sielunhoidon tavoitteena oli oireiden lieveneminen (korrelaatio tilastollisesti erittäin merkitsevä 0,48***) tai kriisiin sopeutuminen (0,27***). Mutta kriisisielunhoidossa käytettiin paljon myös rukousta (0,24***), jota käytettiin Raamatun tai muun hengellisen kirjallisuuden kanssa (0,47***) myös uskonelämän vahvistamiseen (0,37***, 0,35***). Rukousta sielunhoidon välineenä käytettiin usein myös silloin, kun toimenpiteenä oli autettavan rohkaiseminen (0,25***). Seurakuntayhteyttä perusteltiin Raamatulla (0,24***) ja uskonnollisella vakaumuksella ja traditiolla (0,36***), jota käytettiin myös ehtoollisen käytön perusteena (0,17**).

Sielunhoitaja voi auttaa hedelmättömiä pareja yksinkertaisesti olemalla käytettävissä keskustelua varten, sillä hedelmättömyys on äärimmäisen stressaavaa parille, joka usein epäröi puhua ongelmastaan, koska pelkää saavansa tunteettomia neuvoja tai hyödyttömiä kommentteja. Pastorit voivat tarjota turvallisia paikkoja keskustella vaikeista asioista. Kaikkein keskeisin rooli papistolle on tarjota parille mahdollisuus kulkea kuoleman kokemuksen yli ja löytää uuden elämän merkitys ja tarkoitus. (Devor 1994, 358-360).

Vaikka ryhmien käyttö on vähentynyt, niitä käsiteltiin silti vähän yli neljänneksessä artikkeleista. Esimerkiksi rabbi Mark Popovsky (2007, 121, 125) raportoi mielisairaalan hengellisten asioiden keskusteluryhmästä, joka pelkällä olemassaolollaan todistaa sen

tosiseikan, että hengellisyys on tärkeä asia henkilökohtaisesti tutkittavaksi. Monet ryhmän jäsenet ovat huomanneet perinteisen terapian olevan antieettisen tai erillään heidän hengellisyydestään, jolloin tämä jännite saattaa johtaa välttämään terapiatyötä tai aliarvioimaan hengellisiä voimavaroja, mitkä saattaisivat tarjota tukea. Monen uskonnon ryhmässä käsitellään vapaamuotoisesti jäsenten muuttuvia tarpeita.

Gangi (2014, 1-3, 9) kertoo hengellisten ryhmien käytöstä psykiatrisen sairaalan akuuttiosastolla. Ne tarjoavat mielenterveyspotilaille mahdollisuuden koko ihmisen paranemiseen eikä vain tietyn diagnosoidun sairauden hoitoon. Tarkoituksena on pelkän lääketieteellisen hoitomallin sijaan antaa malli, jossa keskitytään heidän mahdollisuuksiinsa elää kuntoutettua elämää. Ryhmässä jäseniä autetaan ensiksikin kokemaan tunnustusta eli kunnioitusta, mielenkiintoa ja positiivista palautetta, toiseksi löytämään merkitystä ei-tuomitsevassa yhteisössä ja kolmanneksi kehittämään sopeutumistaitoja mielenterveysongelmiensa kestämisessä. Gangi antaa käytännön esimerkkejä tarinoista ja avoimista kysymyksistä keskustelunaiheiksi.

Northminsterin presbyterisen seurakunnan työttömien ryhmä Phoenixissa, Arizonassa kokoontui puolen vuoden ajan sunnuntain aamupalveluksen jälkeen ja aloitti ja päätti työskentelynsä rukouksella (Nelson ja McWhirter 1995, 167, 170).

Stone (1993, 286–289, 292-293) raportoi, miten psykologisilla testeillä mitattiin teologian opintoja aloittavia opiskelijoita. Kaikkiaan 1139 pääasiassa valtasuunnan (mainline) protestanttisten kirkkokuntien seminaarien opiskelijaa kävi opintojensa alussa vuosina 1962 – 1986 läpi seuraavia testejä: MMPI, Theological School Inventory (TSI), IQ, Otis Self-Administering Test of Mental Ability—Higher Examination sekä lukutaitoa ja abstraktista ajattelua mittaavia testejä. Sosiaalisella aktivismilla on ollut perustavaa laatua oleva merkitys USA:ssa viime vuosisadan puolivälistä alkaen, millä on ollut vaikutusta myös teologian opiskelijoihin. Tuloksina saatiin, että 1960-luvun alussa opiskelijat olivat teologisesti liberaalimpia, mutta konservatiivisuus on kasvanut tutkimusajan loppua kohden ja huoli sosiaalisten rakenteiden muutoksesta on alimmillaan. Halu evankeloida on nousussa, mutta ei ole saavuttanut 60-luvun alun tasoa. Naiset olivat miehiä kognitiivisesti taitavampia. Teologisesti liberaalit saapuvat seminaarin ja astuvat virkaan konservatiiveja paremmin akateemisin taidoin. Teologinen asenne – konservatismi tai liberaalisuus – riippuu siitä kirkollisesta ympäristöstä, missä opiskelijat ovat kasvaneet. MMPI (Si, Mf) osoitti, että konservatiivit ovat enemmän

sosiaalisesti introvertteja kuin liberaalit, jotka ovat taas konservatiiveja enemmän kiinnostuneita ihmisistä ja kommunikaatiosta.

Kirjallisina välineinä mainittiin luokitusrungossa (liite 1) mainittujen esimerkkien lisäksi kirjeet ja netti. Uusi ATK-teknologiakin voi palvella sielunhoitoa: Vuonna 1984 kirjoitetussa, nyt nostalgiselta tuntuvassa artikkelissaan Allen (1984, 187) kuvaa, miten tietokoneiden käyttö säästää sairaalapappien aikaa ja sairaaloiden rahaa työn suunnittelussa (sairaalat maksavat sairaalapappien osaston palveluista) ja liittää sen olennaiseksi osaksi monimutkaista terveydenhuollon instituutiota. Vuonna 2002 Louw (2002, 347-349) peräänkuulutti internetin haasteita sielunhoidolle ja totesi, että globalisaation myötä Boisenin käyttämän termin ”living human document” lisäksi on otettava huomioon ”living human web”. Ottaessaan myös verkon sielunhoidon välineeksi kristillisten yhteisöjen on kehitettävä uusia kommunikaation muotoja auttamaan kärsiviä ihmisiä, mutta myös kontrolloitava sitä, että kaikessa ollaan edistämässä humanismia.

Koska JPC:ssa on vain vähän parisuhdeterapiaa käsitteleviä artikkeleita, niin toiminnallisia menetelmiä esiteltiin niukasti, mutta symmetrisiä ja komplementaarisia suhteita käsittelevässä artikkelissaan Close (1992, 312, 316-317) ehdottaa aviopuolisoille rooliharjoituksia. Monet avioriidat ovat luonteeltaan symmetrisiä: jos joku syyttää toista, toinen syyttää takaisin. Puolisot voivat mielikuvitusharjoituksessaan ensin kuvitella toisen katuvaan ja pyytävän anteeksi ja sitten miettivän, miten he vastaisivat. Komplementaariseen asemaan heittäytyminen, kuten neuvon kysyminen, voi johtaa uuteen symmetriaan. Suhde voi olla paitsi alistussuhteena huonolla tavalla, myös hyvällä tavalla komplementaarinen: toinen sairastaa, toinen hoitaa tai toinen on epävarma, toinen auttaa.

Rizzutton (1998a, 77) mielestä sielunhoitaja voi tukea tekemiään selvennyksiä ja ehdotuksia apua hakevan tilanteeseen ehdottamalla Raamatun tai muun hengellisen kirjallisuuden lukemista ja rukoilemista yksin tai yhdessä muiden kanssa. Christenson (2007, 299, 303, 305-306) kuvaa, miten valituspsalmeissa 31 ja 102 niiden kirjoittajien oman mielialan kuvauksista päättelemällä heidän voidaan olettaa kärsivän vakavasta masennuksesta. Näiden psalmien sisällöstä sielunhoitajat voivat ymmärtää, miten syvissä vesissä heidän asiakkaansa elävät. Nämä psalmit antavat luottamusta niille sielunhoitajille, jotka haluavat Raamatun näkökulmia työhönsä, sillä niissä on myös se

ajatus, että masentuneita ei ole jätetty yksin, vaan Jumala tietää heidän tuskansa ja meditoimalla myös muita psalmeja (esimerkiksi 42:11) he voivat edelleen katsoa Jumalaan ja löytää toivon elämäänsä.

Hopson (2008, 93, 96-97) ottaa Jobin kirjan esimerkiksi siitä, miten sielunhoitajan voi olla vaikeaa hyväksyä hoidettavansa epäuskoa ja Jumalan kieltämistä. Kärsimyksensä syytä etsiville Jobin kirjan loppu antaa vastauksen, että Jumalan kaitselmus koskee ihmiselämää vastaavalla tavalla kuin luomakuntaakin. Jobia ei missään vaiheessa syytetä siitä, että hän on kapinoinut Jumalaa vastaan, mutta hänen hurskaat, joskin empatiaa vailla olevat ystävät joutuvat uhraamaan. Jobilta Jumala ei vaadi katumusta, vaan tarjoaa hänelle näköalan laajenemisen: Ihmiselämä on osa ELÄMÄÄ, mikä tekee sen sekä suuremmaksi että pienemmäksi. Jobin kirjan opetus sielunhoitajalle on, että kärsivää lähimmäistä ei voi kohdata pinnallisesti, vaan hänelle on annettava tilaa haastaa Jumalan edustaja kysymyksillään, mahdollisuus syyttää hyvyiden Jumalaa matkalla kohtaamaan maailmankaikkeutta kannattavaa syvyyden Jumalaa ja saada osakseen empaattinen hyväksyntä.

Rabbi Levi Meier kertoo niistä vaikutuksista potilaille, kun hänen sairaalansa osastoille tuotiin kannettava Torah (viisi Mooseksen kirjaa käsittävä käsinkirjoitettu pergamenttikäärö säilytyskankaassaan). Kyseessä oli pienikokoinen liikuteltava versio, jota hän kuljetti apulaisensa kanssa myös ensiapuosastolle. Juutalaisen sairaalan vakavastikin sairaat potilaat ilahtuivat ja piristyivät Torahista. Monet halusivat pitää kääröä sylissään ja suutelivat sitä. Samalla he pyysivät rabbia rukoilemaan puolestaan ja lausumaan siunauksen. Joskus lausuttiin yhdessä Shema. Myös henkilökunta suhtautui asiaan myönteisesti: esimerkiksi hississä nuori lääkäri halusi pitää kääröä sylissään sanoen, ettei tätä ole tapahtunutkaan hänen Bar Mitzvahin jälkeen. Monet pitivätkin Torahia vain sylissään, mutta jotkut hepreaa taitavat lukivat katkelmia siitä. Kaiken kaikkiaan Meierin mukaan Torah teki potilaille mahdolliseksi olla kosketuksissa jumalallisen ilmenemismuodon kanssa ja kokea olevansa Jumalan syleilemä. (Meier 2008, 37-42).

Sairaaloissa toimivien pappien tai koulutettujen maallikoiden toiminnan näkyvyyttä suurimmissa sanomalehdissä käsittelevässä artikkelissa sielunhoidon välineenä mainitaan ehtoollisen lisäksi rukous, muistohetken pitäminen vainajalle, kaste ja muut (katoliset) sakramentit sekä meditointi. (Windle 2001, 415, 417).

Bohlerin (1987, 69) mukaan rukous voi antaa mahdollisuuden elämäntarinan merkityksen käänteelle ja rukoilijaa voidaan rohkaista muuttamaan näkökulmaansa. Jos esimerkiksi perheen isä rukoilee, että voisi päästä lähemmäksi lapsiaan, sielunhoitaja voi ohjeistaa, että hän rukouksessaan voisi kuvitella olevansa yksi lapsistaan tai ottaa äidin näkökulman tai nähdä koko tilanteen Jumalan näkökannalta.

Jeppsson Grasman & al. (2010, 6) tutkimuksessa puolet ruotsalaisista vastaajista ja 80 % suomalaisista piti rukousta, jumalanpalvelusta ja ehtoollista olennaisena välineenä kuolevan sielunhoidossa. Myös suomalaisissa sururyhmissä nämä välineet olivat korostuneemmin esillä kuin Ruotsissa, missä psykodynaamisempi lähestymistapa: kriisi- ja surutyön teoriat olivat korvanneet uskonnolliset rituaalit.

Kliinisessä sielunhoidossa ja psykoterapiassa sekä kristillisessä käyttäytymisterapiassa hengelliset välineet, kuten Raamatun käyttö ja rukous sekä esirukous hyväksytään entistä enemmän sielunhoidon välineinä. Taiwanin presbyteerisen kirkon piirissä suoritettiin kvalitatiivinen ja sovellettua grounded teoriaa käyttänyt tutkimus näiden välineiden käytöstä kristillispohjaisessa stressinhallinnan tukiryhmässä. Pääongelmiksi hahmottuivat stressaavat elämäntapahtumat, kokemukset stressiin sopeutumisessa, kristillisen uskon integroiminen arkielämään sekä hengellinen yhteys. Tuloksena saatiin, että Raamatun lukeminen ja rukoileminen auttoivat ryhmän jäseniä kaikissa näissä ongelmissa sekä myös kokeilemaan erilaisia selviytymisvaihtoehtoja stressaavissa tilanteissa, kuten esimerkiksi asuttaessa kolmen sukupolven perheissä, joissa edellytetään kiinalaisen perinteen mukaista kuuliaisuutta ja vastuuta vanhempia kohtaan. (Lan & al. 2012, 2, 6-8, 11).

Kun skitsofreniaa sairastavan perheen sielunhoitaja on saavuttanut tarpeeksi oivallusta perheen tilanteesta ja heidän tunteistaan ja on vakuuttunut, että tämä on perheessä ymmärretty, hän voi alkaa käyttää sielunhoidon välineitä, kuten rukousta, raamatunlukua ja ehtoollista. (Cannon 1990, 220).

Murray Bowenin perhesysteemiteoriaan perustuvassa artikkelissa kerrotaan esimerkki yleisen ripin terapeuttisesta vaikutuksesta. Bowenilaisittain orientoitunut lähestymistapa ymmärtää asiakkaan suhteen Jumalaan samanlaiseksi kuin hänen muutkin merkittävät ihmissuhteensa, että uskonnollinen yhteisö ja pyhät tekstit ovat ”käytettävissä kuin

lähiomainen” ja soveltaa ideaa terapeutin neutraliteetista hengellis-uskonnolliseen materiaaliin. Esimerkissä vähän yli 30-vuotias alkoholistivanhempien tytär kärsi ahdistuneisuudesta, jatkuvasta syyllisyydentunteesta ja uskoi nykyisten ongelmien olevan Jumalan rangaistusta. Koska hän oli muuttunut syvästi uskonnolliseksi: rukoili, luki Raamattua ja kävi säännöllisesti kirkossa, terapeutti ehdotti hänelle rippiä. Hän valitsi yleisen ripin, mikä oli säännöllinen osa hänen uskonyhteisönsä liturgiaa. Niinpä hän syventyi etukäteen synnintunnustuksen sanamuotoon, lisäsi siihen erityisesti itseään painaneet synnit ja liitti tämän kokonaisuuden osaksi seuraavan pyhän jumalanpalvelusta. Seuraavassa terapiaistunnossa hän kertoi kokeneensa papin lausuman synninpäästön jälkeen suurta helpotusta, hänen ahdistuneisuutensa oli poistunut ja syyllisyydentunteensa vähentynyt. Artikkelissa tähdennetään, että tällaisesta rituaalista on eniten apua, jos asiakkaalla on ratkaisemattoman syyllisyyden tunne suhteessa Jumalaan, jos hän miettii jatkuvien väärintekojen sijaan vain menneitä rikkomuksia ja jos hän on aktiivisesti mukana uskonyhteisössä, jossa rippi on käytössä. (Jensen 2003, 117-120, 128). Ehtoollisen vietosta syntien anteeksiantamuksen ateriana ei ole mitään mainintaa.

Kun edellisessä esimerkissä tietoisesti hylättiin vaikean isäsuhteen analysointi, Thompson (2002, 223-224) taas kertoo esimerkin saattohoitokodissa olleesta terminaalivaiheen potilaasta, joka kokiessaan eläneensä roiston elämää pelkäsi Jumalan iankaikkista rangaistusta. Sairaalasielunhoitajan kanssa käymänsä lyhytsyvyysterapian ansiosta hän ymmärsi heijastavansa Jumalaan tuomitsevan isänsä ominaisuuksia. Viimeisinä rauhallisina elinpäivinä hän koki anteeksiannon ja hänen pyynnöstään vähän ennen hänen kuolemaansa sairaalapastori kastoi hänet. Watson (1989, 277) puolestaan kertoo, miten hän vihki synnytysosastolla nuoren parin avioliittoon lapsiveden jo mentyä, vain muutamaa tuntia ennen lapsen syntymää. Valitettavasti hän sai usean viikon jälkeen hälytyksen ensiapuhenkilökunnalta, sillä lapsi oli kokenut kätkeytkuoleman. Osastolla yhdessä pariskunnan kanssa he itkivät ja surivat pitkän aikaa ja rukoilivat. Seuraavana päivänä hän vielä kirjoitti kirjeen heille. Läsnäolollaan hän saattoi tarjota tukea ja huolenpitoa.

Mackey kertoo artikkelissaan perheestä, joka uskoi joutuneensa pahuuden riivaamaksi ja kutsui papin paikalle. Hänelle oli tuttu perheterapian teoria, jonka mukaan kuolleitten eläessään ratkaisemattomiksi jääneet konfliktit voivat vaikuttaa epäedullisesti elossa olevien terveyteen ja hyvinvointiin. Kunnioittaessaan perheen oletuksia hän antoi heille

ehtoollisen, konsekroi vihkiveden puhdistusta varten, siunasi perheen kätten päälle panemisella ja toimitti öljyllä voitelun. Ratkaisukeskeisen terapian periaatteita noudattaen perhe oli kahden vuoden päästä vapaa oireista. (Mackey 1995, 413-414). On syytä huomata, että NACC erosi JPC:n julkaisukunnasta 1995.

Beth Porter on kirjoittanut artikkelin noin 30-vuotiaan lievästi kehitysvammaisen naisen Bat Mitzvah -juhlasta. Hän oli ollut katolisessa erityissisäoppilaitoksessa, vaikka olikin aina tuntenut olevansa juutalainen perheensä perinteen mukaisesti ja asui nyt Toronton L'Arche Daybreak -yhteisössä. Kun hän silloin tällöin muistutti juuristaan, syntyi yhteistyössä paikallisen synagogan kanssa idea Bat Mitshvah -juhlasta, jota hän ei ollut nuorena voinut viettää. Kirjoittajan sekä yhteisön papin isä Henri Nouwenin neuvottelujen tuloksena muodostettiin tukiryhmä hänen opiskelulleen. Nouwenin ehdotuksesta eräässä yhteisön jumalanpalveluksessa kerrottiin sen jäsenille tulevan juhlan merkityksestä ja koko yhteisö rukoili naisen puolesta ja siunasi hänet kätten päälle panemisella, mikä oli yhteisössä tapana, kun joku lähetetään erityistehtävään. Yhteisön tuki ja rakkaus oli naiselle erittäin tärkeää ja koko yhteisö osallistui hänen iloiseen juhlaansa paikallisessa synagogassa, jossa myös Nouwen piti puheen. (Porter 1998, 157–158, 161–163). (Artikkeli pohjautuu mietiskelyyn, joka oli Compass-lehdessä elokuussa 1995 noin vuosi ennen Nouwenin syyskuussa 1996 tapahtunutta kuolemaa.)

Muita välineitä käytettiin usein sanattoman viestinnän yhteydessä (0,28***), kuten meditointia ja hiljaisuutta, joita Hill & Mullen haluavat käyttää sielunhoidollisina välineinä ruumiin saamiseksi tasapainoon tai jopa parantumaan stressin aiheuttamasta epätasapainosta psykoneuroimmunologian haasteita sielunhoidolle käsittelevässä artikkelissaan. Psykoneuroimmunologia on lääketieteen haara, joka yhdistää ihmisen mielen hermo- ja immuunijärjestelmään yhdeksi vuorovaikutukselliseksi kokonaisuudeksi, mikä vaikuttaa myös sairastumiseen. (Hill & Mullen 1996, 239-240, 243-245).

Muina välineinä mainittiin myös filmit ja videot, taide- ja kuvaterapia, musiikki, leikki ja lemmikit.

Narratiivisten filmien, kuten myös biblioterapian käyttö on koettu hyödylliseksi sellaisille ihmisille, jotka kärsivät masennuksesta, ahdistuksesta, sosiaalisista peloista tai

ylipääsemättömästä surusta. Niitä on käytetty myös lasten ja vanhempien avioeron kokeneiden murrosikäisten terapiassa. Biblioterapiaa on käytetty sekä yksilö- että ryhmäterapiassa. Tutkimusten mukaan elokuvien katselu sai aikaan katarttisen reaktion. Esimerkkitapauksessa yli vuoden miehensä kuolemaa surrut 55-vuotias nainen pystyi sopeutumaan tilanteeseensa, kun näki elokuvan ”Truly Madly Deeply”, jossa päähenkilön kuviteltiin saavan vainajan takaisin, mikä osoittautuikin pettymykseksi. Elokuvia ei suositella niille, joilla on vakava mielisairaus tai jotka ovat kokeneet hiljattain traumaattisen kokemuksen. Terapeutin onkin syytä katsoa filmi etukäteen ja pitää autettavan kanssa debriefing-istunto sen jälkeen. (Gelo 2011, 1-4).

Tees & Budd (2011, 3-5, 8) kertovat, miten musiikki voidaan yhdistää hengelliseen hoitoon palliatiivisen hoidon osastolla. Vuoteen ääressä lauletaan tuttuja lauluja; voidaan myös rukoilla ja siunata potilas. Tapauskertomuksessa trakeostomia-ALS-potilaan ja laulajan katseet kiinnittyivät koko musiikin ajaksi ja potilaan silmästä vieri kyynel. Musiikki vie meidät kotiin. Jokaisen elämäntarinalla, kuten elokuvallakin, on siihen liittyvä ääniraita (soundtrack). Musiikki stimuloi kaikkia aisteja. Laulun kuultuaan potilaat ovat kertoneet nähneensä elämänsä tarinaan liittyviä paikkoja. Sydänäänien rytmistä kohdussa viimeisiin säkeisiin vuoteen ääressä luomisen musiikki resonoi ihmisen tietoisuuden läpi, koska se on osallisena siihen hengelliseen todellisuuteen, joka ylittää ja ravitsee maailman.

Psykiatrisella osastolla yhdessä leikkimisellä ja varsinkin rumpujen soittamisella saatiin yhteys ADHD-lapseen (Walker 1993, 151-152). Lemmikki, kuten koiranpentu, jolle lapsen on tärkeä saada antaa nimi ja sukupuoli, oli silta vetäytyneen ja kommunikoimattoman nuoren ja terapeutin välillä (Banman 1995, 275-276). Molempien välityksellä sielunhoitaja saattoi olla tuomassa hoidettavalleen Jumalan rakkautta ja uskollisuutta.

5.4. Hoitomallit

Sielunhoitomallit on useimmiten johdettu artikkeleissa esiintyneistä puitteista, tavoitteista ja menetelmistä. Kaikissa artikkeleissa ei suinkaan ilmoitettu suoraan, että ne käsittelevät jotain tiettyä hoitomallia, jota suositellaan käytettäväksi, vaan hoitomalli on päätelty esimerkiksi käsitellyistä menetelmistä.

Taulukko 16. Sielunhoidon hoitomallit, myönteinen tai neutraali sekä kielteinen suhtautuminen prosentteina

	Myönteinen tai neutraali suhtautuminen						Kielt. suht.
	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä	1980-2014 yhteensä
N=	50	58	56	48	38	250	250
Julistava sielunhoito	12,0	22,4	28,6	18,8	18,4	23,2	10,8
Lähimmäiskeskeinen sh.	28,0	58,6	73,2	72,9	71,1	65,6	0,4
Syvyyspsykologinen sh.	6,0	24,1	25,0	6,3	18,4	18,4	5,2
Kriisisielunhoito	22,0	50,0	51,8	50,0	21,1	40,4	0,0
Systeeminen sielunhoito	4,0	13,8	10,7	8,3	2,6	8,4	0,0
Sosiopoliittinen sh.	6,0	17,2	8,9	14,6	2,6	11,2	0,0
Psykoanal./anal. psykot.	6,0	24,1	19,6	6,3	10,5	16,8	6,8
Supportiivinen terapia	8,0	8,6	19,6	10,4	10,5	13,2	2,0
Muu psykoterapia	2,0	3,4	8,9	6,3	2,6	4,8	0,4
Ryhmä- tai perheterapia	8,0	13,8	21,4	6,3	13,2	16,4	0,0
Muu hoitomalli	12,0	0,0	12,5	16,7	13,2	11,6	0,4

Myös kielteistä suhtautumista oli joidenkin hoitomallien kohdalla melko paljon. Eniten kielteistä suhtautumista saivat osakseen julistava eli raamattuperustainen sielunhoito (10,8 %), psykoanalyysi tai analyttinen psykoterapia (6,8 %) ja syvyyspsykologinen eli psykodynaaminen sielunhoito (5,2 %). Julistava sielunhoito ja psykoanalyysi saivat osakseen lähes puolet kielteistä suhtautumista verrattuna myönteisen suhtautumisen määrään. Esimerkiksi Leuvenin katolisen yliopiston tutkijoista koostuvan ryhmän artikkelissa sielunhoitoprosessin eettisistä ja pastoraalisista ulottuvuuksista kirjoittajat muistuttavat sielunhoitosuhteen epäsymmetrisyydestä: sielunhoitajan rooli ja tieto antaa hänelle valtaa, jota ei saa käyttää epäeettisesti vastoin Kultaista sääntöä. Siksi keskustelukumppanille on annettava tarpeeksi tilaa reagoimiseen hänen haluamallaan tavalla. Häntä ei saa pakottaa vaikenemaan tai saattaa sillä tavalla hämmennyksiin, että hän ei enää tiedä, miten reagoida. (Riemslogh & al. 2012, 9). Esimerkiksi yksipuolisessa julistavassa sielunhoidossa tällaiset vaarat ovat aina olemassa (VanKatwyk 2000, 245 - 246).

Sairaalasielunhoidon koulutuksessa korostettiin sitä, että vakuuttelulla tai rukouksella tai muiden julistavaan sielunhoitoon kuuluvien uskonnollisten sielunhoidon välineiden käytöllä tilanteessa, missä se ei ole tarkoituksenmukaista, voidaan yrittää välttää vaikeaa keskustelua (Tartaglia & Dodd-McCue 2010, 6). Kirkossa usein käytetään sellaista erityistä auktoriteettia, mikä suorastaan estää totuuden löytämisen (Rodgers 2008,

196).

Taulukko 17. Sielunhoidon hoitomuodot eri ongelmaryhmissä, myönteinen tai neutraali suhtautuminen prosentteina

	Usk./el.kats. ongelmat	Mielenterv. ongelmat	Tilannekriisit	Ihmissuhde- ongelmat
N =	25	45	113	27
Julistava sielunhoito	40,0	13,3	22,5	14,8
Lähimmäiskeskeinen sh.	60,0	64,4	76,1	37,0
Syvyyspsykologinen sh.	28,0	40,0	14,2	11,1
Kriisisielunhoito	20,0	40,0	58,4	29,6
Systeeminen sielunhoito	8,0	6,7	7,9	14,8
Sosiopoliittinen sh.	20,0	1,6	7,9	11,1
Psykoanal./anal. psykot.	16,0	37,8	6,2	11,1
Supportiivinen terapia	12,0	17,8	15,0	3,7
Muu psykoterapia	0,0	6,7	1,8	11,1
Ryhmä- tai perheterapia	16,0	17,8	11,5	37,0
Muu hoitomalli	36,0	11,1	6,2	7,4

Lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa käytettiin eniten kaikissa ongelmaryhmissä - ihmissuhdeongelmissa myös ryhmä- tai perheterapiaa yhtä paljon. Uskonnollisissa ongelmissa korostui myös julistava sielunhoito ja mielenterveysongelmissa syvyyspsykologinen sielunhoito ja analyttinen psykoterapia sekä kriisisielunhoito, mikä oli luonnollisesti keskeinen hoitomuoto myös tilannekriiseissä.

Vaikka luokittelussa hoitomuoto usein johdettiin käytetyistä menetelmistä, tutkimuksen kuluessa hahmottuivat kuitenkin tyypilliset sielunhoidon hoitomallit:

Julistavassa sielunhoidossa tavoitteena on erityisesti uskonelämän hoitaminen (korrelaatio 0,21***) ja toimenpiteinä julistus ja opetus (0,69***) sekä neuvojen antaminen (0,38***) seurakuntayhteydessä (0,30***), siis yleisen sielunhoidon puitteissa. Sitä perusteltiin uskonnollisella vakaumuksella tai perinteellä (0,31***). Myönteinen suhtautuminen julistavaan sielunhoitoon on ollut laskusuunnassa verrattuna ajanjaksoon 1952-1979, jolloin sitä suositeltiin 36,0 %:ssa luokitelluista artikkeleista (Jaatinen 1980, 96). Tästä laskusuunnasta ja kritiikistä huolimatta sielunhoitajan kommunikaation edustuksellista roolia ei pidä väheksyä, sillä toisaalta seurakuntapastorin asema on samanlainen kuin muiden erityisalojen koulutettujen ammattilaisten. Ihmiset etsivät papilta näkemystä uskonelämän merkityksestä ja neuvoa moniin elämän ongelmiin. Hän edustaa uskonyhteisön huolenpidon pitkän tradition

viisautta. (VanKatwyk 2000, 245 – 246).

Lähimmäiskeskeinen eli dialoginen sielunhoito sai osakseen eniten myönteistä suhtautumista ja sitä käytettiin silloin, kun tavoitteena oli avunsaamisen kokemus ja ahdistavien oireiden lieveneminen (0,23***) tai muuttuneeseen elämäntilanteeseen, kuten kriisiin sopeutuminen (0,27***). Toimenpiteinä oli arvioinnin (0,22***) lisäksi erityisesti kuunteleminen (0,35***) ja hyväksyminen (0,26***) ja välineenä luonnollisesti keskustelu (0,29***). Sen käyttöä perusteltiin uskonnollisella vakaumuksella (0,34***) ja psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,30***). Refleктоiva rooli kommunikaatiossa onkin monille papeille miellyttävämpi keskustelutyyli, kuin edustuksellinen rooli ja sielunhoidon koulutuksessa tätä kuuntelevaa mallia pidetään terapeuttiselta kannalta parhaimpana. (VanKatwyk 2000, 246; VanKatwyk 2006; 381).

Syvyyspsykologista sielunhoitoa käytettiin, kun tavoitteena oli hoidettavan autonomia eli kasvu omien ongelmien ratkaisemiseen (0,25***) tai oivallus eli itsetuntemuksen lisääntyminen (0,37***). Mutta yksilökeskeisenä sitä ei käytetty lainkaan yhteisöihin vaikuttamiseen (-0,26***). Toimenpiteinä käytettiin osoittamista eli konfrontaatiota (0,43***) ja tulkintaa (0,53***). Usein samassa artikkelissa käsiteltiin myös psykoanalyysiä tai muuta analyyttistä terapiamallia (0,74***). Sitä perusteltiin psykoanalyttisellä (0,52***) tai muulla psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,41***).

Kriisisielunhoidossa tai muussa ratkaisukeskeisessä (tavoitesuuntautuneessa) lyhytsielunhoidossa tavoitteena oli luonnollisesti kriisiin sopeutuminen (0,44***). Mielenterveysongelmissa se oli syvyyspsykologisen sielunhoidon ohella toiseksi eniten käytetty hoitomalli. Toimenpiteinä käytettiin erityisesti arviointia (0,22***) sekä kuuntelua (0,28***).

Aikaa säästävät terapiamallit yleistyivät ensin kriisiavussa ja 1990-luvun lopussa orastaneessa lyhytterapiassa. Siinä oivallus tapahtuu behavioraalisen tai kognitiivisen muutoksen alkamisen jälkeen. Pappeja rohkaistaan lyhytsielunhoidon metodien mukaan auttamaan ihmisiä tekemään pieniä, mutta tärkeitä muutoksia, jotka usein saadaan aikaan yksittäisessä ratkaisukeskeisessä tapaamisessa. Ratkaisukeskeinen malli kestää yhdestä kuuteen tapaamiseen ja siinä keskitytään yhteen tiettyyn ongelmaan tai

tilanteeseen. (Stone 2001, 187, 189, 191, 195). Siis: Luo kontakti – erittele ongelma – haasta toimintaan!

On yleinen väärinkäsitys, että lyttherapytapijaa käyttävät ovat mekaanisia, tulosorientoituneita, pinnallisia tai joskus jopa piittaamattomia. Mutta metodi itsessään tukee apua tarvitsevan ihmisen äärimmäistä arvoa. Erityisesti ratkaisukeskeinen lyhytsielunhoito kunnioittaa ja vahvistaa ihmisten kokemuksia ja niiden sekä heidän käsityksien ja elämäntarinoiden kontekstia. Sen tähtäyspiste ei ole menneisyydessä eikä patologiassa, vaan tulevaisuudessa ja se lähtee siitä, että hoidettavassa itsessään on voimavaroja, myönteisiä ominaisuuksia, kykyjä ja rohkeutta, jotka ovat vain unohtuneet. Onnistumisen kokemus saa heidät arvostamaan myös itseään. Myös eettiseltä kannalta ratkaisukeskeinen lyhytsielunhoito on hoidettavan hyvinvointia ajatellen pitkäaikaista ja kallista psykoterapiaa kestävämpi ratkaisu. (James 1999, 81, 83-84; Stone 1999, 39-40).

Systeeminen sielunhoito, jota käsiteltiin koko aineistossa muutenkin toiseksi vähiten (8,4 %), jäi ikään kuin omaksi saarekkeekseen. Perheen ihmissuhdeongelmissakin enemmän käytettiin lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa, perheterapiaa ja kriisisielunhoitoa eikä sitä yhdistetty uskonelämän hoitamiseen (-0,21***). Samaan tulokseen päätyi Stone (2001, 191-192): Vaikka puolet sielunhoidollisista kohtaamisista koskee perheasioita, vain kaksi prosenttia tutkimusten viittauksista kohdistui systeemiteoreisteihin. Kuitenkin myös seurakunta on systeemi ja papit ovat mukana monissa perhejuhlissa. Yksilölliseen lähestymistapaan tottuneiden sielunhoitajien ei ole helppoa orientoitua systeemiseen lähestymistapaan. VanKatwykin (2000, 244) mukaan 1970-luvulla perhesysteemiteoria ja -terapia osoitti vääräksi sen ajattelutavan, että yksilön olemassaolo olisi eristäytynyttä perhe- ja yhteiskuntakontekstista. Pikemminkin yksilö manifestoituu sosiaalisen kontekstin muuttuvien muotojen yhdistelmänä kuvastaen menneitä kokemuksia, odotuksia ja suhderakenteita niissä eri systeemeissä, joihin hän on osallistunut,

VanKatwyk (1993; 1998, 372) esittää saman tapauksertomuksen pohjalta kaksi eri lähestymistapaa tilanteeseen, jossa viisihenkisen perheen toiseksi nuorin lapsi on äkillisesti kuollut auto-onnettomuudessa. Ensimmäisessä lähestymistavassa (1993, 141, 145 – 147) tilannetta tarkastellaan systeemiteoreettisesta näkökulmasta. Koska perhesysteemi on muuttunut, on aina olemassa riski korvaamiselle: vanhemmat

asettavat jonkun sisaruksista kuolleen lapsen korvikkeeksi. Siinä kieltäydytään kuolleen henkilön kuoleman hyväksymisestä. Parempi tapa olisi siirtäminen: että kukin jälleen löytäisi oman paikkansa jatkaakseen elämäänsä. Siirtämisessä kuolleen henkilölle löytyy paikka elävissä muistoissa eikä nykyistä perhe-elämää panna sekaisin. Siirtämisestä raamatullinen esimerkki on tarina Joosefista, jonka isä Jaakob kieltäytyy lohdutuksesta (1. Ms. 37:35) ja löytää myöhemmin poikansa siirrettynä Egyptistä. Artikkelissa ehdotetaan kehitettäväksi surun sielunhoidon perhesysteemistä mallia. Toinen lähestymistapa on konstruktivistinen (sivu 113).

Sosiopoliittista eli profeetallista sielunhoitoa käytettiin silloin, kun tavoitteena oli yhteisöihin vaikuttaminen (0,17**) ja toimenpiteinä käytettiin muiden muassa profetoimista, voimaannuttamista ja vapauttamista (0,39***). Esimerkiksi Wiley (1991, 360-364) on sitä mieltä, että afro-amerikkalaisten kulttuurinen tausta ja historia edellyttävät aivan erityislaatuista sielunhoitoa. Selostaessaan Center for Holistic Ministry -järjestön toimintaa ja afro-amerikkalaisen sielunhoitoliikkeen (African American Pastoral Counseling Movement) suhdetta yleiseen sielunhoitoliikkeeseen hän vaatii oman yhteisönsä voimaannuttamiseksi kulttuurien välistä vuoropuhelua ja uutta näkökulmaa myös sielunhoidon koulutukseen, mikä on tähän asti ollut Eurooppakeskeistä (Eurocentric) ja valkoisten miesten hallitsemaa.

Feministisen sielunhoidon päämääränä on voimaantuminen ja vapauttaminen ja se kiinnittää huomion perinteisen psykoterapeuttisen terapian patriarkaalisuuteen, minkä tiedostamattomat ulottuvuudet pitää ottaa vakavasti (Doehring (1992, 28, 31). Sielunhoidon eräitä profeetallisia tehtäviä on tulkita globalisaation vaikutusta ihmisarvoon (Louw 2002, 341-343) tai amerikkalaisen hegemonian vaikutusta hengellisyyteen ja myös sielunhoitoon, jonka tehtävänä on pitää huolta apua tarvitsevista. (LaMothe 2007, 434).

Psykoanalyysiä tai muuta analyttistä psykoterapiaa käsiteltiin eniten vuosina 1987 – 1993: 24,1 %:ssa luokitelluista artikkeleista. Niiden käsittely on kuitenkin laskusuunnassa verrattuna esimerkiksi vuosiin 1959 – 1965, jolloin psykoanalyysiä käsiteltiin 48,5 %:ssa ja muuta analyttistä psykoterapiaa 36,4 %:ssa luokitelluista artikkeleista (Jaatinen 1980, 154). Kuten todettua, ne saivat osakseen myös jonkin verran kielteistä suhtautumista. Esimerkiksi psykoanalyysin katsottiin perustuvan mekanistiseen ja materialistiseen maailmankuvaan, mikä ei käy sielunhoidon perustaksi

samalla tavoin kuin kristinuskon hengellinen traditio (Schmidt 1983, 207, 216). Usein sitä käytettiin silloin, kun sielunhoidon tavoitteena oli autonomia (0,23***) tai oivallus (0,29***). Toimenpiteinä käytettiin erityisesti konfrontaatiota (0,35***) tai tulkintaa (0,43***) ja myös sanattomaan viestintään kiinnitettiin huomiota (0,13*). Sitä perusteltiin luonnollisesti psykoanalyttisellä (0,63***) tai muulla psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,37***).

1990-luvun taitteen molemmin puolin Kohutin self-psykologia ja narsismi olivat usein artikkelien teemoina. Myös Stone (2001, 187) totesi, että keskustelu pyöri 1990-luvulla enemmän Kohutin kuin Freudin ympärillä. Klaavun (2001, 25-27, 36, 39) mukaan vuosina 1990-1999 eniten sovellettuja psykodynaamisia teorioita olivat self-psykologia (14), objektisuhdeteoria (13) ja analyttinen psykologia (7). Usein näitä teorioita sovellettiin artikkelissa päällekkäin. Niillä on se yhteinen piirre, että ne suhtautuvat positiivisesti uskoon. Eriksonin psykososiaalista kehitysteoriaa käsitellään JPC:ssa Klaavun mielestä vähän.

Polling (1989, 26-27) käsitteli lasten hyväksikäyttäjien sisäistä maailmaa objektisuhdeteorian näkökulmasta. Monet ovat itse joutuneet lapsena kokemaan hyväksikäyttämistä, minkä vuoksi heidän objektimaailmansa on vakavasti puutteellinen. Eräs seuraus on neutraloimattomien libidinaalisten ja aggressiivisten impulssien läsnäolo. Tärkeän henkilön aiheuttama narsistinen vamma uhkaa vapauttaa primitiivisen aggression. Lapsen hyväksikäyttö voidaan nähdä seurauksena sisäisestä pirstoutumisesta ja epätoivoisena yrityksenä päästä eroon sisäisestä ahdistuksesta. Kohutin mukaan seksualisoitumattoman tunteen ja ei-vihamielisen lujouden pitää luonnehtia hoitoa ja sen pääsisältö on terapeutin empatian taukojen tarkka tulkinta.

Esseessään ”Narsismi ja narsistinen raivo” Kohut esittää aggression ja koston sellaisina tunteina, joiden kasvupohja on narsistisessa epätasapainossa ja Kohut pitää niitä persoonallisuuden oikeutettuina voimina, joita kohtaan ajattelevien ihmisten pitää voittaa tekopyhä asenteensa (Durham 1990, 132).

McDonald (1991, 153-154) esittää self-psykologiaan perustuen, että narsismi ei ole pohjimmiltaan itserakkautta, vaan itseinhoa. Se on kaiken vievää huolta tulla heijastetuksi takaisin. Tämä intensiivinen halu johtuu vastakäiön puutteesta varhaislapsuuden tarpeisiin. Vanhemmat, joilla on liikaa omia tarpeita, voivat pettää

lapsen monilla tavoin. He antavat lapselle ruokaa ja vaihtavat vaippoja vain silloin kun heidän tarvitsee tehdä nämä asiat. Tai vanhemmat voivat vaatia, että lapsesta tulee näyttelyesine, joka esiintyy heidän vaatimuksestaan ihannoinnin saamiseksi. Vanhemmat, jotka tuottavat narsistisesti häiriintyneitä lapsia, ovat tyypillisesti sekä depressiivisiä että vaativia.

Kummassakaan tapauksessa lapsi ei saa kiinteää johdonmukaista käsitystä toisesta, johon voisi verrata itseään eikä siten kykene kasvamaan itseymmärryksessä. Seurauksena on lapsi, joka aikuisena tuntee olevansa arvoton, masentunut ja hyödyllinen vain jos joko sulautuu johonkuhun toiseen tai jos pätee ja saa positiivista palautetta. Molemmat lapsuuden olosuhteet johtavat äärimmäiseen häpeän tunteeseen ja itseinhoon. Kummassakin tapauksessa tuloksena on minä, joka luottaa toisiin vahvistaakseen todellisen olemassaolonsa. Siten on selvää, että narsismi on kaikkea muuta kuin itserakkautta. Se on pohjimmiltaan estetty kehityksellinen tarve olla tietämisen arvoinen (worth knowing). (McDonald 1991, 154).

Raamatun käsky ”rakasta lähimmäistäsi niin kuin itseäsi” tulkitaan helposti muotoon ”älä rakasta itseäsi”. Mutta onko mahdollista rakastaa toista enemmän kuin itseään? Näyttää siltä, että - psalmin 23 ajatuksin - omassa maljassa täytyy olla jotain, ennen kuin voi auttaa täyttämään toisen maljaa. (McDonald 1991, 155).

Kohut identifioi kolme elämänpituista tarvetta, jotka täytyy tyydyttää, jos yksilö haluaa kehittää ja ylläpitää tervettä itsetuntoa. Nämä ovat: tarve kokea heijastusta ja hyväksyntää; tarve kokea suuruuden, voiman ja rauhallisuuden sulautumaa ja tarve kokea olennaisesti samankaltaisen läsnäolo (presence of essential likeness). Ilmeisesti jokainen kokee epäonnistumista yhdellä tai useammalla näistä alueista ollessaan lapsi. Kuitenkin, jos yksilö saa sopivassa määrin hoivaa näillä alueilla, hän lopulta kehittää sen, mitä voidaan kutsua kypsäksi narsismiksi. Siinä vanhempien idealisointi on muunnettu minän omiksi ihanteiksi, arvoiksi ja kyvyksi säännellä itsetuntoa. Lapsuuden grandiositeetin tunteet on käännetty minän omaksi terveeksi kunnianhimoksi, tarkoituksiksi ja päämääriksi. (Denton, 1992, 228)

J. H. Boyd näkee artikkelissaan ”The 'Soul' of the Psalms Compared to the 'Self' of Kohut” (Journal of Psychology and Christianity 3/19 (2000), 219 – 231) yhteyden psalmeissa käytetyn ”sielu” -sanon ja sen välillä, miten Heinz Kohut ymmärtää käsitteen

”self”. (Christenson 2007, 299).

Supportiivista eli tukea-antavaa terapiaa käsiteltiin vain 13,2 %:ssa luokitelluista artikkeleista ja siitä kirjoittaminen on vähenemässä. Vuosina 1952 – 1979 sitä käsiteltiin 25,3 %:ssa sekä lisäksi 13,3 %:ssa Carl Rogersin kehittämää asiakaskeskeistä terapiaa - jota käsiteltiin vuosina 1959 – 1963 21,2 %:ssa, mutta 1973 -1979 enää 12,8 %:ssa - luokitelluista artikkeleista ja jonka kukoistusaika todettiin 1960-luvun puolivälistä alkaen olevan jo ohi (Jaatinen 1980, 96, 102, 154). Siksi sitä ei enää otettu luokitusrungossa omaksi muuttujakseen, vaan yhdistettiin supportiiviseen terapiaan. Asiakaskeskeisestä terapiasta olikin enää vain mainintoja, muttei yhtään varsinaista artikkelia. Supportiivista terapiaa käytettiin eniten mielenterveysongelmien hoidossa ja toiseksi eniten tilannekriiseissä, jolloin tavoitteena oli kriisiin sopeutuminen (0,13*).

Ryhmäterapien käsittely oli vuosina 1952 – 1979 kasvamassa: vuosina 1952-1958 sitä käsiteltiin 33,3 %:ssa ja 1973-1979 jo 51,1 %:ssa luokitelluista artikkeleista ja ryhmäterapien kukoistusajan odotettiin tuolloin olevan vasta tulossa, sillä yksilökeskeisten analyttisten ja rogersilaisten auttamistapojen käyttökelpoisuus koettiin olevan huono esimerkiksi seurakunnallisessa perhetyössä. Vuonna 1972 tehdyn tutkimuksen mukaan puolet AAPC:n jäsenistä käytti usein ryhmäterapiaa, esimerkiksi encounter- tai T-ryhmiä. (Jaatinen 1980, 102, 154). Toisin kuitenkin kävi: vuosina 1980 – 2014 ryhmä- ja perheterapiaa käsiteltiin vain 16,4 %:ssa luokitelluista artikkeleista. Eniten sitä käytettiin, kun tavoitteena oli ihmissuhteiden paraneminen (0,31***) tai perheen hoitaminen (0,25***) ja usein sielunhoidollisena toimenpiteenä oli neuvominen (0,23***) ja välineenä luonnollisesti ryhmä (0,37***). Ryhmäterapia ymmärrettiin myös supportiiviseksi (0,19**).

Perheitä kuvataan usein toimimattomiksi (dysfunctional). VanKatwyck (2001, 239-240, 244-245) toteaa tämän pitävän sisällään sen, että perheet voivat olla myös toimivia, mutta ei ole olemassa yhtä ainoaa kriteeriä tämän määrittelemiselle, vaan perheet muodostavat keskinäisessä vuorovaikutuksessaan keskuksia, jotka sykkivät monien kuvioiden ja prosessien kanssa. Kuvio arvioidaan toimivaksi tai toimimattomaksi sen perusteella, kuinka se sopii tiettyyn perhetilanteeseen. Niinpä hän on kehittänyt perheen toimivuuden keskeisten ulottuvuuksien diagrammin, jossa perheen neljä painopistealuetta – identiteetti, rakenne ja vallankäytön dynamiikka, tunnejärjestelmä sekä hengellinen läsnäolo - esitetään myös äärimmäisyyksien vastakohtapareina, joiden

väliin normaalin perheen toiminta sijoittuu. Esimerkiksi hengellinen läsnäolo edellyttää transsendenttisten arvojen uskomusjärjestelmää, joka toteutuu, kun jokapäiväisessä perheen kanssakäymisessä pidetään toisesta huolta ja rakastetaan. Kohutin kaksinapaisen teorian mukaan ihmisellä on kaksi vastavuoroista tarvetta: olla tärkeiden ihmisten mielissä jotain erityistä sekä ihailaa ja lohduttaa jotain tärkeää ihmistä. Todellisuudessa kumpikaan tarve ei kokonaan täysin toteudu, mutta jatkuu silti. Siksi alamme pitää toisia selfobjekteina peilaamista (tarkistaminen) ja idealisoimista varten, jotka ovat ihmissuhdepolkuja kohti eheyttä ja merkityksellistä paikkaa maailmassa. Tämä minuuden kaksinapainen rakenne korostaa ihmisluonnon hengellistä ulottuvuutta. Diagrammi voi palvella perheitä ja pariskuntia keskustelun oppaana.

Vaikka transaktioanalyysiä (TA) käytetäänkin usein ryhmäterapiassa, Zerlin & Zerlin (1999, 163-165) esittelevät Eric Bernen TA-teoriassaan luomien minätilojen (Vanhempi, Lapsi, Aikuinen) haitallisuutta seurakuntaelämässä jos ne ovat pysyviä ja muuttumattomia (Constant). Sekä seurakuntalaiset että työntekijät voivat olla jyrkällä tavalla jossain minätilassa. Pysyvässä Vanhemman minätilassa olevat seurakuntalaiset ovat usein vaativia ja omasta mielestään oikeaoppisia. Jatkuvassa Lapsen minätilassa olevat noudattavat usein mielihyväperiaatetta ja aiheuttavat ongelmia ja Pysyvässä Aikuisen minätilassa he toimivat epätarkoituksenmukaisesti ja tehtäväorientoituneesti kuin robotit. He eivät pysty olemaan Hoitavia Aikuisia, herkkiä, luovia ja hauskuutta rakastavia Luonnollisia Lapsia eivätkä järkeviä, mietiskeleviä, ongelmia ratkaisevia Aikuisia. Papit voivat olla seurakuntalaisiaan kohtaan aivan vastaavissa minätiloissa: rankaisevia, uhkaavia tai ylihuolehtivia, henkisesti arvaamattomia: vihaisia tai vetäytyviä tai sitten tehokkaita hallintovirkailijoita: tunteettomia seurakuntalaisten tragedioille tai onnistumisille sekä vikoja sietämättömiä. Minätilojen muutos vaatii aikaa ja henkilökohtaista vaivaa.

Muita psykoterapioita tai sielunhoidon malleja käsiteltiin yhteensä 16,4 %:ssa luokitelluista artikkeleista. Näitä olivat esimerkiksi kognitiivinen terapia, narratiivinen terapia, logoterapia tarkoitusta etsiville kehitysvammaisille ja islamilainen sielunhoito. Sielunhoidollisina toimenpiteinä käytettiin tilastollisesti merkitsevästi neuvomista (0,19**) ja muita toimenpiteitä (0,19**). Niitä perusteltiin kuhunkin hoitomalliin liittyvällä psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,28***). Karismaattisesta sielunhoidosta ei löytynyt artikkeleita.

Onnistunut opetus ja oppiminen tekevät vieraasta asiasta tutun ja tutusta vieraan. Työnohjaajan tehtävänä on avustaa ohjattavaa kognitiivisessa tehtävässä sisällyttämään uutta informaatiota, tapahtumia, kielikuvia, tunteita ja kokemuksia, jotta ymmärrettäisiin terapeutitiset prosessit ja tehtäisiin mahdollisiksi niiden ilmeneminen yksilöissä, pareissa ja perheenjäsenissä ja heidän välillään kuten myös muuttamaan kognitiivista näkökulmaa (merkitys) ja näkemystä käsittelemään uutta informaatiota, käyttäytymistä ja kokemuksia. Väistämättä yksilön varhaiset kiintymyssuhteet ja kokemukset omaisista ovat merkittävästi vaikuttaneet hänen kehitykseensä ja oppimisprosessiinsa (kognitio). Myös Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria voidaan linkittää terapeutin ja työnohjaajan toimintaan sekä tuhlajapoikavertaukseen. Sielunhoitajat muistuttavat usein vertauksen vanhempaa poikaa. Innokkaina he työskentelevät lujasti, yrittävät miellyttää ja kaipaavat hyväksyntää. Työnohjaajan roolina on kiintymyssuhdeteorian kaavan mukaisesti tarjota varma perusta ohjattavalle, joka kamppailee löytääkseen itsensä hyväksymisen ja vapauden yksilöityä ihmisenä ja terapeutina sekä toivottaa tervetulleeksi sekä tuhlajapojan että vanhemman veljen myönteiset puolet. Työnohjaaja, kuten vertauksen isäkin edustaa turvallista tukikohtaa, josta käsin toista poikaa kutsutaan kehittymään enemmän vastuulliseksi ja toista enemmän myötätuntoiseksi. (Hill 2001, 71-80).

Myös O'Connor et al. (1997, 203-205) ottavat Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaan kehittämän turvallinen perusta (secure base) -käsitteen käyttöönsä tutkiessaan kolmiomallin (triangulation) mahdollisuuksia työnohjauksen ja opetuksen vastuullisuuden arvioinnissa CPE-opetuksessa. Työnohjauksen turvallisen perustan ominaisuudet ovat hyväksyminen, luottamus, rohkaisu, haastaminen ja tuomitsematon asenne, jotka kaikki muotoutuvat työnohjaussuhteessa. Turvallinen perusta, mikä teki mahdolliseksi paitsi erilaiset oppimistavat ja -päämäärät, muodostui myös ponnahduslaudaksi muihin työnohjaussuhteisiin. Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria turvallinen perusta -käsitteineen tarjoaa tieteellisesti mitattavissa olevat puitteet tutkittaessa uskon kontekstissa käytettävää sängen epämääräistä rakkauden käsitettä. Kristityille annettu kehoitus rakastaa toinen toisiaan voidaan siirtää työnohjaussuhteeseen soveltamalla kiintymyssuhdeteorian näkökulmia. Tällä tavoin Bowlbyn teoria itse asiassa havainnollistaa uskon opinkappaleiden yksityiskohtia, joita monet uskonnolliset ryhmät ovat aikojen kuluessa kannattaneet.

Narratiivinen teologia liikkuu tradition lähteiden ja elämäkokemusten välissä.

Sielunhoitaja symbolisoi yhteisöä, joka tunnistetaan ensisijaisesti pyhistä kertomuksista. Sielunhoitaja rohkaisee ihmisiä löytämään elämänsä runouden ja kuulemaan tarinoidensa tragedioista ja komedioista kaikuja transsendenttisistä teemoista. Tarkoituksena ei ole niinkään löytää tarinoiden takana olevaa merkitystä, vaan merkityksen takana oleva tarina. (Jensen 1984, 221, 224-225).

Samaa tapauskertomusta, mitä VanKatwyk (1993, sivu 106-107) tarkasteli systeemiteoreettisesta näkökulmasta (ja jossa viisihenkisen perheen toiseksi nuorin lapsi kuoli tapaturmaisesti auto-onnettomuudessa) hän käsittelee myöhemmin narratiivis-konstruktivisen teorian ja merkityksen antamisen (meaning-making) näkökulmasta. Narratiivinen lähestymistapa kuvaa, kuinka yksilön tarinat sulautuvat omaisten kontekstiin. Kukin yksittäinen tarina on juurtunut perheeseen, kulttuuriin ja uskontoon. Henkilökohtaiset tarinat kohdistuvat elämämme merkitystä antavaan keskukseen, joka toimii ihmisen sieluna, sisäisenä kertojana, joka lähettää elämän ja kuoleman kysymyksiä: keitä me olemme ja mistä me välitämme elämässä. Parisuhteessa kaksi kertojaa löytävät toisensa yhteisessä kertomuksessa. Tämä muodostaa perustan parin aviolliseen mytologiaan. Narratiivisesta näkökulmasta lapsi edustaa alun perin toivoa ja elämän pyrkimyksiä, joita kumpikin puoliso tuo avioliittoon ja mikä muodostaa aviollisen myytin. (VanKatwyk 1998, 369, 373).

Narratiivinen sielunhoito ottaa osaa kärsimyksen tarinoihin kohdistuen elämisen rohkeuden signaaleihin. Yleinen sielunhoito käyttää rituaaleja, jotka helpottavat elämän luonnollisia siirtymiä merkitsemällä elämämme alut ja loput, mutta lapsen menettäminen haastaa uskon Jumalaan vahvana ja huolehtivana vanhempana. Maailman uudelleenoppimisen prosessi on teologinen tehtävä, mikä haastaa sielunhoitoa tekemään mahdolliseksi ymmärtämään uudestaan tilanteita, mitkä haastavat perinteisen hurskauden ja järkipäisyyden selityksen. Narratiivinen lähestymistapa vanhempien surun sielunhoidossa kohdistuu aviolliseen myyttiin, mikä on sekä kärsimyksen että paranemisen aiheuttaja. (VanKatwyk 1998, 374 – 376).

VanKatwykin (2006, 380) mukaan nykyisten konstruktivististen ja narratiivisten terapiakoulukuntien yleisyys kertoo siitä, että hermeneuttisesta näkökulmasta katsoen kuuntelemisella ja puhumisella on tasavertainen asema terapiassa. Konstruktivistisessa terapiassa puhuminen on enemmän kuin heijastavaa kuuntelua. Terapia on edelleen empaattista, mutta ei kohdistu pääasiassa asiakkaan emotionaaliseen, vaan

kognitiiviseen sisäiseen maailmaan: oletuksiin, jotka muovaavat ja rakentavat asiakkaan omaa käsitystä esitetystä ongelmasta. Puhuminen edesauttaa sellaista, mistä ei ole vielä puhuttu: ongelman takana olevaa ratkaisun näkökulmaa asiakkaan elämässä. Tämä tehtävä kuuluu yhtä paljon sekä asiakkaalle että terapeutille, kun he yhteistyössä hakevat uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia, joita ei ennen ajateltukaan olevan. Terapeutin kutsumuksena on katalysaattorina ihmetellä ja yllyttää.

Julkaistessaan *Auttamistapojen karttansa* päivityksen VanKatwyk (1995, 375, 379 – 380, **liite 3 a**) totesi sen olevan sielunhoidon opetuksen ja työnohjauksen työkalu eikä yritäkään tarjota auttamistapojen kattavaa luokittelua. Muutamat alkuperäisen mallin toimivuutta testanneet tutkimusryhmän jäsenet kritisoivat sitä siitä, ettei se käsitellyt transferenssia eikä vastatransferenssia ja siitä puuttui maininta konfrontaatiosta; he alkoivat kuitenkin etsiä neljän eri auttamismuotojen takaa piileviä terapian muotoja ja teologisia painotuksia (O'Connor et al. 1995, 372 - 373). Neljä vuotta myöhemmin VanKatwyk (1999) julkaisi vastaavanlaiseen nelikenttään perustuvan *Terapeuttisten muutosstrategioiden kartan* (*Therapeutic Change Strategies Map*, **liite 3 b**), jossa analyttisetkin psykoterapiamuodot otetaan huomioon. Hän jaottelee yleisimmät psykoterapian koulukunnat sen mukaan, miten niissä autettavan ongelma määritellään ja miten se ratkaistaan. Vaaka-akselilla sisäisessä (intrinsic) ongelman määrittelyssä kysytään, mikä on ongelma ja se ratkaistaan eliminoimalla ongelma. Toisessa, ulkoisessa (extrinsic) ääripäässä kysytään, miksi ongelma on olemassa ja siinä keskitytään sen juuriin ja syvempiin merkityksiin, joten pintaoireet vaativat perusteellista analyysiä, jotta menneisyydestä johtuva todellinen ongelma saadaan paljastetuksi. (VanKatwyk 1999, 410; katso myös VanKatwyk 2003).

Pystyakselilla kuvataan, miten ongelma ratkaistaan joko objektivistisesti tai subjektivistisesti. Ensimmäisessä tapauksessa, olkoonpa ongelman ratkaisu oivallus- tai tehtäväorientoitunut, objektiivinen totuus on ulkoa annettu ja löydettävissä riippuen terapeutin pätevyydestä. Hän tietää, mitä on tehtävä ja asetelma on siis se, että vahva auttaa heikkoa. Toisessa tapauksessa totuus on keskustelussa henkilökohtaisesti oivallettava tai merkitys rakennettava tasapuolisessa yhteistyössä määriteltyjen päämäärien mukaiseksi. Parantava voima löytyy ihmisestä itsestään. (VanKatwyk 1999, 412).

Tämän tutkimuksen luokitusrungossa (liite 1) esitetyt sielunhoidon hoitomallit

(muuttujat 45 – 55) löytävät vastaavuutensa VanKatwykin Terapeuttisten muutosstrategioiden kartassa. Tosin käyttäytymisterapioista ei kirjoitettu juuri lainkaan ja analyttisten terapioiden käsittely on vähenemässä. Artikkeleissa käsiteltiin eniten subjektivistis-ulkoisten ongelmien sielunhoitoa, kuten lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa. Ratkaisukeskeistä lyhytsielunhoitoa käsiteltiin eniten vuosituhanteen vaihteessa ja sitä suositeltiin käytettävän seurakuntatyössä entistä enemmän.

Myöhemmin VanKatwyk (2006, 379 - 382) selvittää esimerkein Terapeuttisten muutosstrategioiden kartan koulukuntien neljän pääryhmän (psykoanalyttinen traditio, käyttäytymisterapia, humanistiset asiakaskeskeiset terapiat sekä konstruktivistiset ja narratiiviset terapiat) edustamaa terapeuttista kommunikaatiotapaa. Psykodynaamisessa tavassa ongelma sijoitetaan menneisyyteen ja asiakkaan sisäiseen dynamiikkaan. Terapeutti puhuu opettajan ja tulkitsijan auktoriteetilla. Käyttäytymisterapiassa terapeutti neuvoa asiakasta, miten parhaiten selvittää ongelma. Asiakaskeskeisessä terapiassa aktiivisella kuuntelulla terapeutti empaattisesti samaistuu puhujan maailmaan ja keskustelussa heijastaa takaisin yhteisesti koetun todellisuuden. Konstruktivistisessa terapiassa terapeutti käydyn keskustelun perusteella miettii ääneen vastakohtaisia näkökulmia. Vuorovaikutus yhdistää terapeutin ja asiakkaan terapiatiimiksi, jossa yhdessä etsitään parasta vastausta.

Vaikka sielunhoidon klassinen traditio keskittyy enemmän sielun parantamiseen kuin ongelman ratkaisuun, esitetyt ongelmat ovat elämää ja siitä nousevia särmiä. Se, miten sielunhoitajat kuuntelevat esitettyjä ongelmia, ei kovinkaan paljon eroa niistä monista reaktioista, joita Terapeuttisten muutosstrategioiden kartta (liite 3 b) tarjoaa. Sielunhoito käsittelee ongelmallisten tilanteiden laajaa piiriä ja siten hyötyy kattavasta menetelmien valikoimasta. VanKatwyk käyttää *Erilaisten sielunhoitoroolien kartassa (Multiple Pastoral Roles Map, liite 3 c)* sielunhoidon kategorisoimisessa samaa koordinaatistoa kuin Terapeuttisten muutosstrategioiden kartassa, mutta sijoittaa nelikenttiin sielunhoitajan roolit. Kolme papin yleistä vertauskuvaa: paimen, haavoitettu parantaja ja salaviisas (wise fool) todistavat oikeaksi papin työn moninaisuuden. (VanKatwyk 1999, 414 – 416).

Salaviisas tai viisas narri (wise fool) on englantilaisessa kulttuurissa esimerkiksi Shakespearen Kuningas Lear -näytelmästä tunnettu maallinen versio Paavalin itsestään käyttämästä nimityksestä Kristuksen tähden houkka (1. Kor. 4: 10). Narrina (fool)

esiintyvä kuninkaan neuvonantaja on alhaisena pidetty hahmo, jolla on ylhäisiä enemmän viisautta ja oivallusta. (Wikipedia: wise fool). Viisas narri on paralleeli ilmaisu VanKatwykin mallissa pystyakselin toisella puolella olevasta haavoitetun parantajan paradoksaalisesta roolista, mutta koska narrilla on suomen kielessä halventava konnotaatio, tässä tutkimuksessa on päädytty käännökseen salaviisas.

Paimen sopii objektivistisen ongelmanratkaisun kuvaukseksi ja voi toimia joko aktiivisena väliintulijana (huolta pitävä tehtävä) tai autoritatiivisena neuvojana (opastava funktio). Haavoitettu parantaja sopii subjektivistisen ongelmanratkaisun lähestymistapana ongelmiin, jotka ovat ulkoisesti määriteltyjä. Salaviisas (wise fool) taas sopii subjektivistisen ongelmanratkaisun lähestymistapaan silloin, kun ongelman määrittely on tehty sisäisesti. Erilaisten pastoraalisten roolien kartta ei pyri niinkään luomaan toista luokittelua, vaan osoittamaan, että sielunhoitoa ei voida rajoittaa kapeaan eikä jyrkkään näkökulmaan siitä, mikä tekee hoidosta *sielunhoitoa* (*pastoral care*). Miten ongelma on sielunhoidossa määritelty määrittää sen, miten se käsitellään ja se, miten se käsitellään, määrittelee ongelman. Ne ovat yhdistyneet vastavuoroisesti. Laajan näkökulman periaate vahvistaa monitahoiset sielunhoitajan roolit ja vahvistaa keskeiset terapiat sielunhoidon mahdollisiksi keinoiksi. (VanKatwyk 1999, 416).

CPE:n historia voidaan jakaa eri painopistealueisiin: mitä pitää tehdä (1925-1935), mitä pitää tietää (1935-1945), mitä pitää sanoa (1945-1955) ja miten pitää olla (1955-1965). Painopistealue ”miten pitää olla” eroaa muista alueista siinä, että se viitoittaa muutoksen sisällöstä prosessiin. Kuitenkin vastaus siihen riippuu sellaisista muuttuvista tekijöistä kuten näkökulma, asiayhteys ja kieli. Siksi seuraava relevantti kysymys sielunhoidon koulutuksessa on: ”mitä pitää viestittää” (what to communicate). ”Miten pitää olla” redusoi kommunikoinnin pelkäksi kuuntelemiseksi. ”Miten pitää viestittää” on perustavalla tavalla erilainen kuin kysymys ”mitä pitää sanoa”, sillä se ei käsitä pelkkiä sanoja, vaan ottaa huomioon sielunhoidon kontekstin ja prosessin. VanKatwyk erotteli sielunhoidollisen kommunikoinnin kolmeksi sielunhoitajan rooliksi: edustuksellinen, heijastava ja korjaava rooli. (Thornton 1971, 75; VanKatwyk 2000, 243-245).

Edustuksellisessa roolissa sielunhoitaja on sanomantuoja, joka tietää ja välittää sanoman, jonka alkuperä on autoritatiivinen. Pappi on kutsuttu edustamaan Jumalaa sanalla ja sakramenteilla. Heinz Kohut kuvaa universaalia lapsuusajan tarvetta sulautua

idealisoitujen voiman ja rauhan lähteeseen kriisien ja ahdistuksen aikoina. Vaikka vanhemmat ovat vastanneet hyvin (tai huonosti) tällaisiin tarpeisiin, koko elinkaaren ajan ihminen on riippuvainen tällaisesta vanhemman tuesta ja ohjauksesta. Tämä idealisoitu transferenssi eli tarve sulautua suuruuteen, voimaan ja rauhallisuuteen energisoi sielunhoitosuhteen. (VanKatwyk 2000, 245 – 246, vertaa Denton, 1992, 228 sivulla 110). Itse asiassa sielunhoitaja edustuksellisessa roolissa vastaa VanKatwykin Erilaisten sielunhoitoroolien kartan opastavaa paimenta.

Heijastava (reflektiivinen) rooli ei vaadi objektiivisia, ulkoisia totuuksia, vaan niveltää subjektiivisen todellisuuden aktiiviseksi sielunhoitosuhteessa. Se arvostaa ihmisen omaa kykyä tutkia tiedon ja ohjeiden sisäisiä voimavaroja. Aktiivinen kuuntelu ei kuitenkaan ole vain asiakkaan matkimista. Todellisessa heijastavassa kommunikoinnissa kaksi henkilöä ja kaksi maailmaa kohtaavat. Minä-viesteillä sielunhoitaja heijastaa omia sisäisiä ajatuksiaan, tunteitaan ja uteliaisuuttaan: ”Kun kuuntelen sinua, tunnen, ajattelen, haluaisin tietää...” Peilikuva on myös kehityspsykologian peruskäsite. Ilman minäkäsitystä syntyneen lapsen tulee saada olla hänestä iloitsevien vanhempien heijastama. Madonna ja lapsi -kuvat ovat universaalisia ikoneja: lapsi ihannoivien vanhempien silmien heijastamana. Kohut kuvaa tätä jatkuvaa ihmisen hyväksytyksi tulemisen ja vahvistamisen tarvetta peilitransferenssiksi, missä lapsuuden heijastetuksi tulemisen tarpeet ovat heijastavan auttajan läsnäolon elvyttämiä ja hoitamia. (VanKatwyk 2000, 246 – 247). Sielunhoitaja heijastavassa roolissa vastaa VanKatwykin Erilaisten sielunhoitoroolien kartan haavoitettua parantajaa.

Korjaava rooli (reconstructive role) perustuu siihen määritelmään, että ihmiset ovat merkityksiä antavia (meaning-making) olentoja, eivätkä passiivisia ulkoisia ja objektiivisia todellisuuksia heijastavan tiedon vastaanottajia, vaan aktiivisia tekijöitä luomaan hyvin tarkasti määritetyistä merkityksistä ja sopeutumiskartoista sisäisiä rakenteita, joiden avulla elää elämäänsä. Merkityksiä antavat rakenteet esiintyvät yksilöllisellä, perhe-, sosiaalisella, kulttuurillisella ja uskonnollisella tasolla, jotka yhdessä muodostavat elämän käsikirjoituksen. Korjaava kommunikaatio (reconstructive communication) yrittää parantaa adaptiivisia, luovia kykyjä elää elämää. Tällaisessa sielunhoitoprosessissa empatian merkitys on ensisijaista, vaikkakin eroaa tietyllä tavalla heijastavasta tyylistä. Empatia tuo mukanaan terapeutin yrityksen rakentaa silta elettyjen kokemusten välille ja kommunikoida ahdistuksen ymmärtämistä, joka ilmentää sitä, miten asiakas ymmärtää kyseessä olevan ongelman. Korjaava

kommunikaatio on yhteistyöprosessi. Voimaannuttava transferenssi on kokemus jonkun riittävästi samankaltaisen läheisyydestä keskinäisen yhteisymmärryksen saavuttamiseksi. Kohut kutsuu tätä alter ego- tai kaksostransferenssiksi, mikä hoitaa ihmisen tarvetta olla olennaisesti samankaltaisen lähellä. Se on kokemus olla ihminen ihmisten keskellä. Kun joku suree suurta menetystä, korjaava lähestymistapa sielunhoidollisessa keskustelussa voi helpottaa hämmästyttävän muutoksen tuskalliseen tehtävään sopeutumista ja oman paikan uudelleenmäärittystä. (VanKatwyk 2000, 247 – 248). Sielunhoitaja korjaavassa roolissa vastaa VanKatwykin Erilaisten sielunhoitoroolien kartan salaviisasta (wise fool), joskin hän haluaa muuttaa peruskysymyksen ”mitä pitää sanoa” muotoon ”miten pitää viestittää”.

5.5. Sielunhoidon tasot

Sielunhoidon tasot, siten kuin de Jongh van Arkel ne esittää (kuviot 1 ja 2 sivuilla 13 ja 15) selventää sielunhoidon erilaisten toteuttamistapojen psykoterapeuttista syvyyttä. Vastaavalla tavalla kuin sielunhoitomallien kohdalla, sielunhoidon tasot on useimmiten johdettu artikkeleissa esiintyneistä puitteista, tavoitteista ja menetelmistä. Artikkeleissa ei suinkaan suoraan ilmoitettu, että ne käsittelevät jotain sielunhoidon tasoa. Siksi on luonnollista, että esimerkiksi keskinäisen huolenpidon tasolla tavoitteena on ihmissuhteiden paraneminen (korrelaatio 0,21***), perheen hoitaminen (0,21***), tai uskonelämän synty tai kasvu (0,21***), ja sielunhoidollisena toimenpiteenä julistus ja opetus (0,23***), sekä välineenä seurakuntayhteys (0,38***), ja hoitomallina julistava sielunhoito (0,24***), ryhmässä tai perheessä (0,22***). Tätä tasoa perusteltiin omalla uskonvakaumuksella (0,23***), mutta ei psykologisella tutkimuksella (-0,17**).

Samoin sielunhoidon tason tavoitteena on muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen (0,29***), mutta ei mikään syvyydspsykologinen oivallus (-0,23***), eikä pelkkä toimintakykyisyys (-0,22***), ja toimenpiteenä kuunteleminen ja tukeminen (0,27***), ja hyväksyminen (0,22***), mutta ei konfrontaatio (-0,20**) tai tulkinta (-0,28***), sekä välineenä keskustelu (0,22***), mutta hoitomallina ei tällöin ole syvyydspsykologinen sielunhoito (-0,34***), eikä analyyttinen psykoterapia (-0,30***). Perusteluna ei tässäkään tasossa käytetty psykologista tutkimusta (-0,17**), mutta kylläkin uskonyhteisön tapaa ja traditiota (0,23***).

Terapeuttisen erityissielunhoidon tasolla tavoitteena on autonomia (0,26***) ja toimenpiteenä erityisesti konfrontaatio (0,22***) sekä hoitomallina voi usein olla syvyyspsykologinen sielunhoito (0,23***) tai joskus systeeminen (0,16*) tai muu psykoterapia (0,16*). Tämän tason käyttöä perustellaan psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,24***) . Pastoraalipsykoterapian tavoitteena on autonomia (0,25***) tai oivallus (0,33***) mutta ei kriisiin sopeutumista (-0,21***) tai yhteisöihin vaikuttamista (-0,22***) ja toimenpiteinä konfrontaatio (0,37***) ja tulkinta (0,45***) sekä hoitomallina on syvyyspsykologinen sielunhoito (0,71***) tai psykoanalyysi (0,64***) tai muu psykoterapia (0,23***) . Myös tämän tason käyttöä perustellaan psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,24***) .

Taulukko 18. Sielunhoidon psykoterapeuttisen syvyyden tasojen (de Jongh van Arkel 2000, 160-161) käsittely, myönteinen tai neutraali suhtautuminen prosentteina

	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä
N=	50	58	56	48	38	250
Keskinäinen huolenpito (mutual care)	36,0	22,4	26,7	18,8	10,5	23,6
Sielunhoito (pastoral care)	64,0	60,3	71,4	75,0	81,6	69,6
Terapeuttinen erityissielunhoito (pastoral counseling)	38,0	27,6	30,4	20,8	15,8	27,2
Pastoraalipsykoterapia (pastoral therapy)	16,0	32,8	21,4	8,3	10,5	18,8
Past. ter. - kielteinen suhtautuminen	4,0	3,4	5,4	0,0	2,6	3,2

Taulukosta 18 käy hyvin ilmi AAPC:n ero JPC:n julkaisukunnasta vuonna 2003 huolimatta siitä, että lehden nimeen vielä lisättiin vuoden 2002 alusta ”and Counseling”. Terapeuttisen erityissielunhoidon ja pastoraalipsykoterapian tasoja koskevien artikkelien määrä väheni selvästi, samoin yllättävästi seurakunnan maallikkojen keskuudessa harjoitettavan keskinäisen huolenpidon tason artikkelien määrä. Lehden artikkelit käsittelevät valtaosaltaan seurakunnassa (pastoral care) ja sairaalassa (chaplaincy) tapahtuvaa ammatillista sielunhoitoa. Pastoraalipsykoterapia sai osakseen jonkin verran kielteistä suhtautumista sielunhoidon tasona, muut tasot eivät juuri lainkaan. Ajatellen sielunhoidon tasojen määritelmää, on luonnollista, että keskinäisen sielunhoidon tasossa toimivat erityisesti maallikot (0,40***) ja sielunhoidon tasossa papit (0,41***), joille

taas ei suositella pastoraalipsykoterapian harjoittamista (-0,29***).

Mikä on pastoral caren, counselingin ja terapyn ero? Ero on ensiksikin historiallinen, kun ACPE sairaalapappien työtä ja työnohjausta korostavana sekä AAPC syvyyspsykologiaa ja oivallusta korostavana 1960-luvulla muotoutuivat. Pastoral care on yleistä papin työtä muistuttaen perhelääkäriin työtä ja pastoral counseling on erikoistunutta papin työtä muistuttaen erikoistuneen lääkäriin työtä. Pastoral care on tarkoitettu koko yhteisön yksilöille ja ryhmille, pastoral counseling antaa terapeutista apua ihmiselle, joka on joutunut ymmälle äkillisen kriisin vuoksi ja tarvitsee tilapäistä apua. Pastoral psychotherapy on pitkäaikaista syvähoitoa kohdistuen lapsuuden ja aikuisuuden traumoihin. (Clinebell 1984, 26; O'Connor 2003, 6 – 7).

Sielunhoidon vuosituhaten vaihteen teoreetikoista valtaosa tekee eron pastoral caren ja counselingin välillä: Pastoral counseling on pastoral caren erikoismuoto, joka vaatii erikoistumiskoulutusta ja valmennusta. Kuitenkin sellaiset viimeisimmät teoreetikot, jotka edustavat narratiivista sielunhoitoa, systeemistä tai feminististä lähestymistapaa tai ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa, näkevät eron vähäisenä. Kanadalaisessa sielunhoidon koulutuksessa molemmilla on samat perusvaatimukset. Niiden, jotka erikoistuvat pastoral counselingiin, pitää päteväytyä arvioinnissa, olla kykeneviä hoitamaan erilaisia asiakkaita ja heillä pitää olla laaja ja syvä tietämys sielunhoidon teoriasta. Niille, jotka erikoistuvat pastoral careen, ei tällaisia vaatimuksia ole, mutta heidän tulee olla päteviä eettisessä konsultoinnissa, olla valmistautuneita vieraskäynneille, kriisisielunhoitoon, sakramenttien hoitamiseen ja jumalanpalveluksen toimittamiseen, mitä erityissielunhoitajilta (counselors) taas ei vaadita. (O'Connor 2003, 9 – 11).

Kun käytännön työn kannalta on mietitty pastoral caren ja counselingin eroja ja yhtäläisyyksiä, eräs näkökohta on se, kuka tekee aloitteen sielunhoidolliseen suhteeseen. Jos seurakuntapastori (pastor) tai sairaalapappi (chaplain) tekee aloitteen, kyseessä on pastoral care ja pastoral counselingissa taas asiakas tekee aloitteen. Toinen näkökohta on se, että erityissielunhoidossa on olemassa tietynlainen (terapia)sopimus tai liitto. Mutta tässä on sikäli häilyvyyttä, että kasteensa perusteella jokaisella seurakuntalaisella on liitto Jumalan ja kristillisen yhteisön kanssa ja kun seurakunnan pastori tekee kotikäynnin, liittosopimus on ilmeinen. Sairaalan potilailla on oikeus ja sopimus ja saada sielunhoitoa ja kun sairaalapappi astuu potilashuoneeseen, liitto on ilmeinen. Toisaalta erityissielunhoidossa vastaan tulee asiakkaita, joiden kanssa ei pysty

tekemään minkäänlaista sopimusta siitä, mistä asiasta keskustellaan. (O'Connor 2003, 11).

Kolmas näkökohta ovat puitteet. Pastoral care tapahtuu seurakunnan puitteissa tai sairaalassa, counseling tapahtuu yksityisellä vastaanotolla, sielunhoitokeskuksessa tai kunnallisessa toimistossa. Neljäs näkökohta on tapaamisten määrä ja hoidon pituus. Yleinen näkemys on, että sielunhoito on lyhytaikaista ja erityissielunhoito pitkäaikaista, mutta lyhytterapiat ovat muuttaneet tätä käsitystä ja toisaalta sairaalapappi voi tavata kymmeniä vuosia pitkäaikaislaitoksessa olevaa potilastaan. Viides näkökohta on uskonnollisten ja psykologisten asioiden käsittely. Yleinen oletus on, pastoral caressa käsitellään enemmän uskonnollisia ja hengellisiä asioita kun taas counselor keskittyy psykologisiin ongelmiin. Mutta usein nämä asiat ja ongelmat ovat yhteenkudottuja eikä jyrkkää eroa voida tehdä. Kuudes keskustelunaihe keskittyy yleissielunhoitaja vastaan erityissielunhoitaja -teemaan (generalist versus specialist). Mutta omalla tavallaan molemmat ovat spesialisteja. Seitsemäs aihe on läsnäolon sielunhoito vastaan muutoksen sielunhoito. Läsnäolon sielunhoito merkitsee olemista ihmisten kanssa, heidän huoliensa kuuntelua ja pysymistä heidän tukena. Jotkut erityissielunhoitajat taas näkevät roolikseen auttaa asiakkaita tekemään muutoksen mahdolliseksi. Mutta ero on keinotekoinen. Molemmat voivat läsnäolollaan helpottaa muutosta. (O'Connor 2003, 12-13).

Myös Browning Eliason et al. (2013, 4) siteeramana määrittelee pastoral caren, pastoral counselingin ja pastoral psychotherapyn. Pastoral care tarkoittaa uskonnollisen yhteisön enemmän yleiseen ja vähemmän jäsenneltyyn työhön, jota tekevät useimmiten papit yleisessä seurakuntatyössä ja keskusteluissa. Työ voi käsittää sairaalavierailuja, hautajaisia tai keskustelua vähemmän erityisissä tilanteissa. Pastoral counseling tarkoittaa enemmän jäsenneltyä suhdetta, mikä voi sisältää ajan, paikan ja aiheen nimeämistä. Tähtäyspiste on yksilön, pariskunnan tai perheen psykologisessa ja/tai uskonnollisessa asiassa. Pastoral psychotherapy on enemmän erikoistunutta praktiikkaa. Sen harjoittajalla on enemmän laaja-alaista koulutusta sekä teologiassa että psykologiassa tai sielunhoidossa ja se keskittyy erityisesti asiakkaan ongelmien psykologisiin ulottuvuuksiin.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että hallitseva käsitys on se, että pastoral counseling eroaa pastoral caresta vastaavalla tavalla kuin erikoislääkärit eroavat perhelääkäreistä,

mutta yhteistä maaperää on paljon enemmän kuin eroavaisuuksia. Siksi entistä enemmän käytetään ilmaisua ”pastoral care and counseling” alleviivaten yhtäläisyyksiä. (O'Connor 2003, 13–14). On merkillepantavaa, että tämä O'Connorin artikkeli oli ensimmäinen siinä JPCC:n numerossa, kun AAPC oli eronnut JPCC:n julkaisijoista. Lehti oli jo vuoden käyttänyt uutta nimeä JPCC. Voidaan olettaa, että tällä toimenpiteellä haluttiin poistaa olemassa olevia ristiriitoja pastoral caren ja pastoral counselingin välillä, mutta se ei riittänyt estämään eroa.

5.6. Sielunhoitajan kyvyt ja edellytykset

Taulukko 19. Sielunhoitajan edellytykset ja kyvyt prosentteina seitsenvuotisjaksoittain ja eri kirjoittajaryhmillä

	Kirjoitusjakso						Kirjoittajat	
	1980 -1986	1987 -1993	1994 -2000	2001 -2007	2008 -2014	1980-2014 yhteensä	1980-2014 Teologit	1980-2014 Maallikot
N=	50	58	56	48	38	250	186	61
Pappi	90,0	86,2	51,7	93,8	92,1	89,6	91,4	85,2
Maallikko	46,0	32,8	26,8	16,7	28,9	30,4	28,0	39,3
Erikoistumiskoulutus	60,0	39,7	51,8	50,0	36,8	48,0	46,8	52,5
Käytännön kokemus	66,0	36,2	19,6	31,3	26,3	36,0	37,1	31,1
Soveltuvuuden testaus	10,0	6,9	7,1	8,3	0,0	6,8	5,9	8,2
Henk.koht. uskonvakaumus	40,0	37,9	28,6	25,0	18,4	30,8	29,0	32,8
Itsetuntemus	40,0	51,7	37,5	18,8	31,6	36,8	36,6	37,7
Empaattisuus	68,0	69,0	94,6	72,9	78,9	76,8	78,0	75,4
Kyky kunnioittamiseen	64,0	51,7	87,5	75,0	63,2	68,4	66,1	75,4
Kyky konfrontoimiseen	36,0	29,3	39,3	31,3	31,6	33,6	31,7	39,3
Aitous ja avoimuus	54,0	39,7	78,6	50,0	47,4	54,4	57,5	45,9
Muu edellytys tai kyky	14,0	13,8	0,0	14,6	21,1	12,0	12,9	9,8

Taulukon 19 jakautumat ovat suunnilleen samat, kuin vuonna 1952-1979 (Jaatinen 1980, 108, 115). Teologien tai maallikoiden maininnoissa ei ole suurta eroa siinä, onko sielunhoitaja pappi vai maallikko. Myös teologit ymmärtävät niin, että maallikko voi aivan hyvin toimia sielunhoitajana varsinkin seurakunnallisissa puitteissa. Keskinäisen huolenpidon (mutual care) tasolla sielunhoitajaksi ymmärrettiin maallikko 63,5 %:ssa ja pappi 23,0 %:ssa maininnoista. Soveltuvuuden testausta, erikoistumiskoulutusta ja käytännön kokemusta pidetään CPE-koulutuksessa niin itsestään selvyytensä, että niitä koskevat jakautumat eivät anna näistä muuttujista oikeaa kuvaa, sillä ne ovat ikään kuin

sisäänrakennettuja lähes jokaisessa sielunhoitajan edellytyksiä käsittelevässä artikkelissa. Juuri sitähan sielunhoitokoulutus on: oppimista elävien ihmisdokumenttien (living human documents) avulla learning by doing -menetelmällä eikä pelkästään oppikirjojen omaksumista.

Erikoistumiskoulutus ja käytännön kokemus (0,37***) sekä soveltuvuuden testaus (0,25***) esiintyivät usein yhdessä ja se lisäsi myös itsetuntemusta (0,24***) kuten käytännön kokemuskin (0,30***), joka auttoi myös kykyä konkreettisuuteen ja konfrontoimiseen (0,23***).

Henkilökohtaisen uskonvakaumuksen ja oman hengellisen elämän hoitamiseen suhtautuivat sekä teologit että maallikot yhtä myönteisesti, mutta niiden korostaminen on vähentynyt tutkittavana ajanjaksona yli 20 prosenttiyksikköä. Tätä kuitenkin edellytettiin, mikäli sielunhoidon tavoitteeksi asetettiin uskonelämän synty tai kasvu (0,28***). Esimerkiksi Rizzutton mielestä sielunhoitajan tulee olla kirkon tradition mukaisesti rukouksen ja syvän uskonnollisen vakaumuksen ihminen, mikäli hänen tavoitteenaan on ohjata muita sille syvemmälle polulle, mikä johtaa Jumalan yhteyteen (Rizzutto 1998a, 77).

Krebs (1980, 229) on otsikoinut kirjoittamansa artikkelin: ”Miksi pappien ei pitäisi olla sielunhoitajia”. Hän perustelee väitteensä kolmella syyllä. Ensinnäkin ihmiset tulevat sielunhoitoon toivoen helppoa ja nopeaa persoonallisuuden muutosta. Sielunhoito, joka saa aikaan suuria persoonallisuuden muutoksia, vaatii aikaa – useimmissa tapauksissa vuosia - eivätkä sielunhoitaja tai hänen seurakuntalaisensa ole valmistautuneet varaamaan sitä aikaa, jota on tarpeen tuomaan muutoksen. Muutoksia aikaansaava sielunhoito tekee useimmiten kipeää ja se koskettaa henkilön sielun peitettyjä ja herkkiä alueita. Papin ja seurakuntalaisen suhde ei pitäisi käsittää sellaista pitkittynyttä psyykkistä raakuutta, mikä välttämättä liittyy suuriin persoonallisuuden muutoksiin.

Toinen syy on transferenssi. Vaikka psykoanalyttinen teoria ei ole enää niin suosittu, mitä se oli aikaisemmin, transferenssi on edelleen olemassa. Monet ihmiset sielunhoitosuhteessa projisoivat lapsuuteen perustuvia tunteita ja fantasioita sielunhoitajaansa. Transferenssin ratkaisemiseksi terapeutin on oltava nimetön ja kasvoton. Pappi ei voi olla sellainen. Kolmas syy on rooliepäselvyys. Papilla on seurakunnassaan monia rooleja: seremoniamestari, opettaja, moraaliesimerkki,

parantaja, uskottu, vanhempi. Jos pappi yrittää lisätä tähän pitkään listaan vielä sielunhoitajan, mahdollisuus rooliepäselvyyteen on suuri. Onnistuneelle psykoterapialle tarpeellinen luottamuksellisuus, objektiivisuus ja asiakaskeskeinen tähtäyspiste ovat vaarassa. Monet papit ovat niin ihastuneita sielunhoitoon, että he laiminlyövät saarnaamisen, opettamisen, kotikäynnit ja hallinnon. Mutta pappien pitää olla pappeja eikä alipalkattuja, kouluttamattomia psykoterapeutteja. (Krebs 1980, 230).

Ihmisiä, jotka tulevat kriisiensä vuoksi papin luokse, hän ei voi, eikä hänen pidäkään käännättää pois. Papin kuuluu arvioida, tarjota tukea ja ohjata oikean avunlähteen luo sekä harjoittaa epämuodollista lyhytterapiaa. Tuen antaminen on rohkaisua ja auttamista päätöksen teossa. Epämuodollinen terapia on lyhyttä, viidestä kymmeneen minuuttiin kestäviä keskusteluja, papin ymmärtäviä sanoja ja tukemista. Pappi kuuntelee Jumalan puolesta ja hänen neuvonsa ovat Jumalan rakkauden sanoja. Siksi sielunhoidon koulutuksen tulisi keskittyä kuuntelemisen taitoon ja papin persoonaan huolta pitävänä ihmisenä. (Krebs 1980, 230-233). On mielenkiintoista, että Krebs jo vuonna 1980 oli suosittelemassa parikymmentä vuotta myöhemmin keskustelun kohteeksi tullutta lyhytterapiaa.

Vastineen Krebsin, luterilaisen seurakuntapapin artikkeliin, kirjoitti David K. Switzer (1983, 28-29), metodistisen yliopiston sielunhoidon professori. Monessa suhteessa hän on samaa mieltä Krebsin kanssa. Mutta hän kiinnittää huomion siihen, että Krebs vastustaessaan seurakuntapappien sielunhoitoa tarkoittaa pitkiä sielunhoitosuhteita. Sielunhoitoa, joka kestää pitempään kuin kymmenen minuuttia tai muodolliset keskustelut muutaman viikon aikajänteellä eivät Switzerin mielestä vielä ole pitkiä sielunhoitosuhteita. Krebs myös unohtaa kriisisielunhoidon, joka voi hoitua yhdellä keskustelulla, mutta voi myös vaatia useamman keskustelukerran muutaman viikon ajanjaksolla. Tietynlaiset ongelmanratkaisuprosessit voivat myös tarvita useita keskusteluja ja viikkoja. Perheneuvonta tehokkaammillaan kestää kuudesta kahdeksaan istuntoa. Maaseudulla tai köyhiä ihmisiä ei aina ole mahdollista ohjata psykoterapeutille eikä pappi voi käännättää heitä luotaan. Pappi on kutsuttu vastaamaan kriisissä tai surussa olevien ihmisten tarpeisiin ja tietyn tyyppisiin yksilöllisiin, aviollisiin tai perheongelmiin, jotka vaativat useamman tapaamiskerran ja joissa pappi voi olla ensisijainen ja joissakin tapauksissa tehokkain auttaja. Kun sielunhoidon tavoitteeksi asetettiin muuttuneeseen elämäntilanteeseen tai kriisiin sopeutuminen, sielunhoitajan edellytettiin olevan pappi (0,22***), joka on empaattinen (0,29***), aito ja avoin

(0,22***) ja kunnioittaa autettavaa (0,26***).

Rooliepäselvyydet koskevat eniten niitä pappeja, joille ei ole selvää, miksi heidät on vihitty edustamaan uskon yhteisöä saarnaamisen, sakramenttien jakamisen ja johtamisen auktoriteetilla ja joilla on käytössään pitkä perinne auttaa ihmisiä eri tavoin. Sielunhoito on papin roolin yksi tehtävä, kuten on saarnaaminen, opettaminen ja hallinnoiminen eikä rooliepäselvyyksien tai vaikeiden tilanteiden vuoksi voi aina kieltäytyä sielunhoidosta. Transferenssiongelma on otettava vakavasti. Suorin tie sen ratkaisemiseksi on kohdata jokainen transferenssin ilmeneminen korostamalla sitä todellisuutta, kuka terapeutti itse asiassa on ihmisenä ja ammattilaisena ja keskustelemalla terapiaprosessin realistisista odotuksista. Transferenssi on universaali ilmiö eikä siihen tarvitse kiinnittää huomiota, ellei häiritse todellisuuden havainnoimista. Jos terapeutti on kasvoton ja nimetön, hän itse asiassa on edistämässä transferenssineuroosia eikä ratkaisemassa sitä. Sitä paitsi pappi on transferenssin liikkuva maali, toimii hän sitten saarnaajana, opettajana tai sielunhoitajana. Se toteutuu sellaisissa pitkäaikaisissa sielunhoidollisissa suhteissa, kuten pitkäaikaishoitolaitosten vierailuissa, viikkoja tai kuukausia kestävässä saattohoidossa tai surevan kanssa käytävissä viikkoja tai jopa kuukausia kestävässä keskusteluissa. Osa pappien pätevyyttä on tunnistaa transferenssi ja vastata siihen aitoudella läsnä olevaa todellisuutta korostaen. Roolinsa, saatavuutensa, nimenomaisen herkkyytensä ja taitojensa sekä aikaisemman tuttavuuden perusteella papeilla on ainutlaatuinen rooli monien ihmisten elämässä ja he ovat usein sopivimpia ja tehokkaimpia auttajia ihmisille, jotka kohtaavat kriittisiä leikkauksia, parantumattomia sairauksia, läheisen kuolemia, vaikeita eettisiä ratkaisuja ja monia muita kriisejä. (Switzer 1983, 30-32). Krebsin ja Switzerin keskustelunaiheena tuntuu olevan toisaalta seurakuntaelämän käytännön työstä nouseva ja toisaalta osittain akateeminen sielunhoitonäkemys. He ymmärtävät sielunhoitajan eri sielunhoidon tasolla (de Jongh van Arkel, katso sivu 13): Krebs mutual caren tasolla ja Switzer pastoral care -tasolla. Vai onko taustalla myös puhdasoppinen luterilainen ja avarampi metodistinen sielunhoitonäkemys?

Auttamistyössä onnistuminen johtuu monesta syystä: henkilöstä, jota autetaan, asiayhteydestä, jossa auttaminen tapahtuu ja auttajasta (VanKatwyk 1988, 327). Mikään terapiamalli tai kuuntelemisen ja puhumisen resepti ei voi antaa sellaista kaavaa, mikä takaa sen, että keskustelu kääntyy terapeuttiseksi. Terapeuttinen keskustelu ei siis riipu taitavasta terapiastrategiasta, vaan sielunhoitajan persoonallisesta läsnäolosta ja

kielellisestä monipuolisuudesta. Sielunhoidollinen keskustelu perustuu heijastavaan kuunteluun ja uteliaasti tarkkaavaiseen läsnäoloon, mikä ilmenee katsekontaktina, hiljaisuutena ja joskus myös koskettamisena. (VanKatwyk 2006, 382-383, 385).

Sielunhoitajan ja terapeutin tärkeimpinä ominaisuuksina pidetyt empatia, kunnioittaminen, aitous ja avoimuus saivat osakseen runsaasti myönteistä suhtautumista sekä teologeilta että maallikoilta. Carkhuffin terapeutin tärkeinä ominaisuuksina mainitsemia konkreettisuutta ja kykyä konfrontoimiseen (Carkhuff ja Berenson 1967, 4-6; Carkhuff 1969, 83-102) käsiteltiin edellisiä vähemmän, noin kolmanneksessa artikkeleista. Nämä esiintyivät usein yhdessä (korrelaatiot 0,22*** - 0,52***). Itsetuntemus ja kyky konfrontaatioon liittyivät yhteen (0,24***). Kun sielunhoidon tavoitteeksi asetettiin avunsaannin kokemus, sielunhoitajan edellytettiin olevan empaattinen (0,32***), kunnioittava (0,39***), aito ja avoin (0,32***) sekä konkreettinen (0,23***), mitä edellytettiin myös, jos tavoitteena oli toimintakykyisyys (0,35***). Ihmissuhteiden paraneminen edellytti sielunhoitajalta kykyä autettavan kunnioittamiseen (0,25***). Jos tavoitteena oli autonomia, sielunhoitajalla oli hyvä olla itsetuntemusta (0,21***) ja kykyä konfrontoimiseen (0,46***), mikä auttoi myös oivalluksen saamisessa (0,36***).

Sielunhoidollisissa toimenpiteissä arviointia auttoivat käytännön kokemus (0,24***) ja kyky konkreettisuuteen (0,22***) - kuten myös neuvomisessa (0,25***) - ja sielunhoitajan uskonvakaumus (0,27***), kuten myös julistuksessa ja opetuksessa (0,28***). Kuuntelemista ja tukemista sekä hyväksymistä sielunhoidon välineinä auttoivat sielunhoitajan empaattisuus (0,57***; 0,42***), kyky kunnioittamiseen (0,47***; 0,48***) sekä aitous ja avoimuus (0,45***; 0,48***). Rohkaisevan sielunhoitajan edellytetään myös kunnioittavan asiakastaan (0,22***) ja kyky konfrontoimiseen auttaa sekä tulkinnassa (0,26***) että luonnollisesti osoittamisessa (0,50***).

Sielunhoidon välineistä onnistunut keskustelu johtuu sielunhoitajan empaattisuudesta (0,50***), aitoudesta ja avoimuudesta (0,31***) ja kyvystä autettavan kunnioittamiseen (0,43***). Sanattoman viestinnän perillemenossa auttaa sielunhoitajan empaattisuus (0,21***) sekä seurakuntayhteyden toteutumisessa hänen henkilökohtainen uskonsa (0,26***). Hoitomalleista julistavassa sielunhoidossa sielunhoitajalta edellytetään henkilökohtaista uskoa (0,29***). Lähimmäiseskeisessä sielunhoidossa etuna on

sielunhoitajan käytännön kokemus (0,37***), soveltuvuuden testaus (0,24***), itsetuntemus (0,35***), autettavan kunnioitus (0,51***), aitous ja avoimuus (0,35***), ja kyky konkreettisuuteen (0,32***). Syvyyspsykologisessa sielunhoidossa taas auttaa sielunhoitajan itsetuntemus (0,21***), ja kyky konfrontoimiseen (0,34***). Kriisi- ja ratkaisukeskeisessä sielunhoidossa edellytetään empatiaa (0,22***), ja sosiopoliittisessa sielunhoidossa interpatiaa (0,37***), sekä psykoanalyysissä kykyä konfrontoimiseen (0,28***).

Carkhuffia ja tämän tärkeinä terapeutin ominaisuuksina pitämiä empatiaa, lämpöä ja aitoutta siteerasi myös Holland (1982, 264) artikkelissaan, joka käsitteli Jeesusta papinviran (ministry) mallina. Ihmisten huolenaiheet olivat luonteenomaisia Jeesuksen palvelutehtävälle (ministry). Evankeliumien kirjoittajat kuvaavat sitä sääliksi (Mt. 9: 36). Nykyinen sana säälikille on empatia. Molemmat tarkoittavat sanatarkasti ”tuntea jonkun kanssa” (to feel with). Kohdatessaan pitalisen Jeesuksen kävi häntä sääliksi ja hän paransi tämän (Mk. 1: 41). Jeesus identifioitui köyhiin, kukistettuihin ja pettyneisiin ihmisiin. Toinen luonteenomainen piirre Jeesuksen toiminnalle oli se, että hän oli kosketuksissa omien tunteittensa kanssa (itsetuntemus). Siksi hän saattoi ymmärtää toisten tunteita (Hepr. 4: 15). Koska kansanjoukot aistivat Jeesuksen lämmön, he seurasivat häntä jatkuvasti ja hänen saavutettavuutensa ja kykynsä olla läheisissä suhteissa ihmisten kanssa oli ainutlaatuista. (Holland 1982, 261-262).

Eräs näkökohta Jeesuksen keskusteluissa on se, miten hän käyttä konfrontaatiota. Jeesus ei väistänyt ongelmia ollakseen kohtelias, vaan meni ongelman ytimeen huolimatta sen aiheuttamasta kivusta tai hämmennyksestä kuten Sykarin kaivolla tai konfrontoidessaan uskonnollisia vallanpitäjiä (Mt. 23). Itse asiassa koko hänen toimintansa voidaan nähdä eräänlaisena viileänä asetelmana, jossa hän ei epäröi konfrontoida ystäviään, tuttaviaan tai vihollisiaan aina, kun oli tarpeellista. Kuitenkaan sen sijaan, että hän olisi tuhonnut heidät sanoillaan, hänen konfrontaationsa toivat suuntaa, varmuutta ja kannustivat uusiin yrityksiin. (Holland 1982, 263-264).

Tartaglia ja Dodd-McCue (2010, 2-6, 9) raportoivat tutkimusasetelmasta, jossa 17:ää CPE-opiskelijointa videoitiin standardisoitujen potilaiden keskustelukumppaneina kahden vuoden välein opiskelun alku- ja loppuvaiheessa ja mitattiin opiskelun vaikutusta sielunhoitotapaan. Onkologista potilasta näytteli alussa ja lopussa eri henkilö, mutta hänellä oli kummallakin kerralla sama lääketieteellinen ja sosiaalinen tausta ja

pääongelmana ahdistus lähestyvän leikkauksen vuoksi. Kommunikaatiotaitojen myönteisiä muutoksia voidaan mitata Carkhuff-testillä, mutta tässä tapauksessa opiskelijan keskustelua arvioitiin kolmessa eri kategoriassa: Kuuntelu (tarkkaavainen kuuntelu - pos.; hiljaisuus - neutr.; vaivaantunut ruumiin kieli - neg.), auttaminen (avoimet kysymykset, kertomussisällön kertaus, tunteiden heijastus ja rohkaisu, voimavarojen tutkiminen ja konfrontointi - pos.) ja ohjaaminen (tuomitseminen, neuvominen, suljetut kysymykset - neg., rauhoittaminen - keskustelun alussa neg., lopussa pos.). Tutkimustuloksena saatiin, että positiivisina pidetyt sielunhoitajan kyvyt olivat opiskelun loppuvideolla lisääntyneet ja negatiivisina pidetyt vähentyneet.

Sielunhoitajan ominaisuuksiin vaikuttaa myös lapsuuden perheen psykososiaalinen tyyppi ja erilaiset perheen jäseniin kohdistuneiden auttamistehtävien roolien toimeksiannot. Lapsuuden perheen instrumentaalinen tyyli eli käytännön asioiden hoito perheen ulkopuolella sekä toisaalta affektiivinen tyyli vaikuttavat siihen, mihin asioihin auttamistyössään sielunhoitaja kiinnittää huomionsa. (VanKatwyk 1995, 380)

Autettavan kunnioittaminen sielunhoitajan edellytyksenä pitää sisällään sen ajatuksen, että sielunhoitaja ei käytä valtaansa väärin. Kommentoidessaan Auttamistapojen karttaansa VanKatwyk (1995, 376, katso liite 3 a) esittää, että paradoksaalisesti vallan väärinkäyttö sopii paremmin mahdollistaviin kuin ohjaaviin auttamistapoihin, sillä mahdollistavassa tavassa auttajan valtaa ei avoimesti tunnusteta. Joskus se on piilotettu uskomalla, tai muka-uskomalla, että sitä ei käytetä olleenkaan. Olennaista ei ole se, käytetäänkö valtaa tai ei, vaan miten sitä käytetään: avoimesti vai peitetysti, suoraan vai epäsuorasti.

Läheisyyttä ja etäisyyttä sielunhoidossa kolminaisuusopin kannalta käsittelevässä artikkelissaan Pembroke (2011, 4) esittää, että niin kuin kolminaisuusopissa on vastakohta ilman konfliktia, sielunhoitajaltakin vaaditaan joskus empaattisuuden ohella kykyä konfrontoida autettavan tuhoavia henkilökohtaisia malleja, joita hän kieltäytyy myöntämästä. Tämä on välttämätöntä ohjattaessa häntä kohti psyykkistä, moraalista ja hengellistä kypsyyttä.

Koska monikulttuurinen sairaalaympäristö on muuttanut sairaalapapin työn sielunhoidosta henkisen (spiritual) ja uskonnollisen palvelun antajaksi, edellyttää se

VanKatwykin (2002, 109, 119) mukaan myös sielunhoitajan tulemistä kaksikieliseksi -toivottavasti kuitenkin menettämättä sielunhoidon äidinkielen aksenttiaan.

Muina sielunhoitajan kykyinä mainittiin muiden muassa valmius tutkimustyön tekemiseen ja sielunhoidolliseen kaksikielisyyteen sekä interpatia: Itsemurhan tehneen läheisen sielunhoitajalta Chilstrom (1989, 201, 206) edellyttää eräänlaista interpatiaa, toisen ajatusmaailmaan eläytymistä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, ettei sielunhoitaja mene mukaan ympäristön syylistämistaipumukseen ja toisaalta sallii hoidettavan toistaa tarinansa yhä uudelleen ja uudelleen, jolloin tämän ”sydän voi vihdoinkin käsittää sen, minkä pää jo ymmärtää”.

Interpatian kaltainen sielunhoitajan ominaisuus on mentalisaatio (mentalization), joka on viimeisen kymmenen vuoden aikana saanut osakseen kasvavaa tutkimustietoa. Käsite nousee kiintymyssuhdeteoriasta ja sillä tarkoitetaan kykyä asettua toisen asemaan ja ajatella asioita hänen näkökulmastaan. Siinä ollaan tietoisia siitä, että jokaisella on erillinen ainutlaatuinen subjektiivisuus. Se liittyy kykyyn ymmärtää, että oma ja toisten ajattelu ovat luonteeltaan edustuksellisia ja että omaa ja toisten käyttäytymistä motivoivat sisäiset tilat, kuten tunteet ja pitkäaikaiset oletukset. Omaa subjektiivisuutta värittävät vanhemmilta saatu malli, kulttuurinen tausta, harhat ja lapsuuden kokemukset. Kyvyllä mentalisoida on usein tarkoitettu sitä, että omistaa ”mielen teorian”. Mentalisaation aleneminen voi vaikuttaa kykyyn liittyä sujuvasti ihmissuhteisiin. Papeilla, joilla on vaikeuksia mentalisaatiossaan, on myös usein vaikeuksia ymmärtää sitä, miten he vaikuttavat toisiin ihmisiin. (Crisp-Han et al. 2011, 3).

6. SIELUNHOITO JA PSYKOTERAPIA

Taulukosta 2 (sivulla 55) käy ilmi, että sielunhoidon ja psykoterapian suhde oli artikkelin pääteemana tutkimuskautena vain 7,6 %:ssa luokitelluista artikkeleista. Tosin mielenkiinto on hieman lisääntynyt viimeisenä seitsenvuotisjaksona 2008-2014 (12,5 %). Myös paljastaviin psykoterapioihin liittyvä tavoite: oivallus sekä toimenpide: tulkinta saivat tutkimusluokissaan kaikkein vähiten käsittelyä osakseen (18,8 % ja 12,0 %, taulukko 11 sivulla 86 ja taulukko 12 sivulla 89). Samoin psykoanalyysi/analyttinen psykoterapia hoitomallina sai osakseen myönteistä suhtautumista vain 16,8 %:ssa ja kielteistä suhtautumista 6,8 %:ssa luokitelluista artikkeleista (taulukko 16 sivulla 103). Sielunhoito on siis löytänyt omat tavoitteet, toimenpiteet ja hoitomallit.

Sielunhoidon ja psykoterapian välisen debatin laantuminen JPC:ssa näkyy myös muutoksissa kirjoittajien käyttämissä perusteluissa (taulukko 8, sivu 61). Kun vuosina 1952-1979 psykoanalyttistä käsitystä käytettiin perusteluna 32,7 %:ssa artikkeleista (kielteisenä perusteluna 6,0 %:ssa), niin nyt vastaavat luvut olivat 18,0 % ja 4,4 %. Samoin muun psykologis-hermeneuttisen perustelun käyttö on vähentynyt 38,7 %:sta 23,2 %:iin. Varsinkin maallikoilla väheneminen psykoanalyysin käyttämisessä perusteluna on ollut huomattava: 52,8 %:sta 23,0 %:iin; vastaavasti muun psykologis-hermeneuttisen perustelun kohdalla 52,8 %:sta 36,1 %:iin. Sen sijaan psykologisen tutkimuksen käyttö on maallikoilla lisääntynyt 55,6 %:sta 85,2 %:iin, Raamatun käyttö 16,7 %:sta 31,1 %:iin ja teologisen tutkimuksen käyttö 30,3 %:sta 73,8 %:iin. (Jaatinen 1980, 131, 134). Nykyään ei siis enää nähdä mitään ristiriitaa siinä, että sielunhoidollisten käsityksien perusteluina käytetään sekä psykologista että teologista tutkimusta. Psykoanalyysin käytön väheneminen perusteluna johtunee sen arvostuksen yleisestä vähenemisestä.

Myös VanKatwyk (1999, 415 – 416) ymmärtää sielunhoidon terapiasta pohjimmiltaan erilaisena, kun hän esittää sielunhoidon erilaiset mallit. Terapeuttisten muutosstrategioiden kartan sijaan sielunhoitajan roolien avulla. Orientoituminen valikoivan ongelmanratkaisun onnistumisen mukaisesti on sielunhoidon hengellisestä näkökulmasta epäeettistä.

Taulukko 20. Kirjoittajien asennoituminen sielunhoidon ja psykoterapian suhdetta kuvastaviin teemoihin sekä niiden käsittely seitsenvuotisjaksoittain prosentteina

		1980 -2014						1980	1987	1994	2001	2008
		Asennoituminen		Ei mai-				-1986	-1993	-2000	-2007	-2014
		pos.	neutr.	neg.	nita	Yht.	N	50	58	56	48	38
Uskonto ja sh								96,0	91,4	94,6	91,7	97,3
	Teologit	85,5	8,6	0,0	5,9	100,0	186					
	Maallikot	82,0	9,8	1,6	6,6	100,0	61					
	Kaikki	84,6	8,9	0,4	6,1	100,0	247					
Psykol. ja psykoter.								72,0	65,5	60,7	52,1	50,0
	Teologit	44,6	11,3	2,2	41,9	100,0	186					
	Maallikot	54,1	11,5	1,6	32,8	100,0	61					
	Kaikki	47,0	11,3	2,0	39,7	100,0	247					
Sh = psykoter.								42,0	44,8	41,1	33,3	15,8
	Teologit	3,2	5,4	25,3	66,1	100,0	186					
	Maallikot	4,9	3,3	36,1	55,7	100,0	61					
	Kaikki	3,6	4,9	27,9	63,6	100,0	247					
Yhteistyö								56,0	43,1	32,1	25,0	26,3
	Teologit	31,2	1,6	2,7	64,5	100,0	186					
	Maallikot	36,1	1,6	1,6	60,7	100,0	61					
	Kaikki	32,4	1,6	2,4	63,6	100,0	247					
Synti								38,0	29,3	28,6	27,1	23,7
	Teologit	20,4	7,5	1,1	71,0	100,0	186					
	Maallikot	24,6	3,3	4,9	67,2	100,0	61					
	Kaikki	21,5	6,5	2,0	70,0	100,0	247					
Syyllisyys								34,0	27,6	17,9	20,8	21,1
	Teologit	17,7	3,2	2,2	76,9	100,0	186					
	Maallikot	24,6	3,3	1,6	70,5	100,0	61					
	Kaikki	19,4	3,2	2,0	75,3	100,0	247					

Taulukossa 20 ei kaikkien asennoituneiden yhteismäärään ole laskettu mukaan niitä kolmea, joiden ammattia ei oltu mainittu. Sen sijaan seitsenvuotisjaksojen ajallisissa jakautumissa he ovat mukana.

Sekä teologit että maallikot suhtautuivat uskonnollisiin ja psykologisiin teemoihin (luokitusrunon muuttajat 72 ja 73) samalla tavalla, kuten myös syntiin ja syyllisyyteen (muuttajat 74 ja 75). Synnin - vastuuna myös Jumalan edessä – oletettiin olevan teologien enemmän hyväksymä teema, mutta kävi päinvastoin: maallikot asennoituivat siihen teologeja myönteisemmin, kuten myös syyllisyyteen. Näiden teemojen käsittely oli suhteellisen vähäistä (suuret ei mainita -prosentit) ja on tutkimusajanjaksona selvästi vähentynyt, kuten myös psykologisten teemojen, sielunhoidon ja terapian rajankäynnin ja yhteistyökysymysten käsittelyt. Yhteistyöhön suhtauduttiin yhtä myönteisesti ja sielunhoito ymmärrettiin selkeästi psykoterapiasta eroavaksi omaksi hoitomuodokseen.

Verrattuna vuosiin 1952-1979 (Jaatinen 1980, 119) maallikoiden myönteinen kiinnostus uskonnollisiin asioihin on noussut 55,6 %:sta 82,0 %:iin mutta kaikkien myönteinen suhtautuminen psykologisiin asioihin vähentynyt 70,7 %:sta 47,0 %:iin. Kaiken kaikkiaan kiinnostus sielunhoidon ja psykoterapian suhdetta käsitteleviin teemoihin on vähentynyt uskonnollisia asioita ja syntiä lukuun ottamatta 20 – 30 prosenttiyksikköä.

Syntiä ja syyllisyyskysymystä perusteltiin usein Raamatulla (0,36***, 0,36***) ja omalla uskonvakaumuksella (0,24***, 0,24***). Käsitystä sielunhoidon ja psykoterapian eroista sekä yhteistyömahdollisuuksista perusteltiin usein psykoanalyttisellä (0,31***, 0,31***) tai muulla psykologis-hermeneuttisella käsityksellä (0,25***, 0,25***). Uskonnollisten asioiden merkityksen hyväksymisen ja ryhmäterapian hoitomuodon välillä oli negatiivinen korrelaatio. (-0,22***). Psykologisia asioita arvostettiin silloin, kun sielunhoidollisina toimenpiteinä käytettiin konfrontaatiota (0,23***) tai osoittamista (0,25***), hoitomallina syvyyspsykologista sielunhoitoa (0,28***) tai psykoanalyysiä tai muuta analyttistä psykoterapiaa (0,37***). Syyllisyyttä käsiteltiin silloin, kun sielunhoidon tavoitteena oli toimintakykyisyys (0,26***) ja hoitomallina lähimmäiskeskeinen sielunhoito (0,27***), mutta erikoistumiskoulutukseen ei tällöin suhtauduttu myönteisesti (-0,28***). Synnin merkitys taas hyväksyttiin silloin, kun sielunhoidon välineenä oli seurakuntayhteys (0,24***). Sielunhoitoa ja psykoterapiaa ei eroteltu toisistaan, jos hoitomallina oli syvyyspsykologinen sielunhoito (0,29***) tai psykoanalyysi tai muu analyttinen terapia (0,37***). Yhteistyö toisen ammattikunnan kanssa hyväksyttiin, kun sielunhoidollisena toimenpiteenä oli arviointi (0,23***), ohjaaminen toiselle auttajalle (0,25***) tai kyseleminen (0,25***) ja sielunhoitajan edellytyksenä erikoistumiskoulutus (0,24***) tai käytännön kokemus (0,24***).

1980-luvun alussa eräät sielunhoidon teoreetikot olivat hyvin kriittisiä siihen, että sielunhoidossa luotetaan psykologiseen kieleen ja käsityksiin. Esimerkiksi Thomas Oden ja Andrew Purves ovat sitä mieltä, että sielunhoidon pitäisi mennä takaisin juurilleen ja ottaa oppia esimerkiksi kirkkoisien: Cyprianuksen, Tertulianuksen, Ambrosiuksen, Augustinuksen, tai Khrysostomoksen opetuksista. Gregorius Suuren Liber Regula Pastoralis -teosta pidettiin yli tuhannen vuoden ajan sielunhoidon korvaamattomana ja välttämättömänä oppaana. Samoin pitäisi tutustua esimerkiksi fransiskaanien ja benediktiinien luostarisääntöihin ja reformaattorien kirjoituksiin. Oden suosittelee esimerkiksi Theodore G. Tappertin Lutherin kirjeistä ja pöytäpuheista

toimittamaa teosta *Letters of Spiritual Counsel*. Myös Deborah van Deusen Hunsinger on huolissaan sielunhoidon teologisen perustan puutteesta ja uskoo, että Karl Barthilla ja hänen ymmärryksellään Khalkedonin kirkolliskokouksesta olisi sielunhoidolle annettavaa (Oden 1980, 9; O'Connor 2003, 8 – 9).

Durham (1990, 131, 136-137) toteaa koston ymmärtämistä psykoterapiassa ja sielunhoidossa käsittelevässä artikkelissaan, että kostamisen hoidon periaatteet sopivat yhtä hyvin kliiniselle psykologille kuin sielunhoitajalle (pastoral counselor). Näiden kahden ammattikunnan todelliset erot ovat hoidon ajalliset rajoitteet sekä transferenssin ja vastatransferenssin käsittely. Hän viittaa Oglesbyn (1987, 181) artikkeliin, jonka mukaan pappi (minister) on koulutuksensa ja kokemuksensa pohjalta varsin pätevä käsittelemään monia elämän vaikeita asioita, mutta hän ei hallitsisi ajankäyttöään, jos hän teksi niin. Seurakuntapapin päätehtävä keskittyy saarnaamiseen, opettamiseen, hallintoon ja sielunhoitoon (pastoral care). Psykologin taas on mahdollista sitoutua pitkällisiin ja perusteellisiin tutkimuksiin asiakkaan kanssa. Transferenssin ja vastatransferenssin suhteen sielunhoitaja on sikäli erilaisessa asemassa, että hän tuntee seurakuntalaisensa ennestään tai tulee olemaan hänen kanssaan tulevaisuudessa tekemisissä, mikä heikentää transferenssin käsittelyä. Toisaalta seurakuntalaisella voi olla ihannoiva tai väritty kuva sielunhoitajasta, mikä vaikuttaa suoraan ja avoimeen viestintään. Mutta silloin sielunhoitaja ja psykoterapeutti ovat samassa tuskallisessa tilanteessa, jos asiakas uhkaa itsemurhalla tai muulla tuhoavalla käytöksellä. Tällaisessa negatiivisen vastatransferenssin tilanteessa terapeuttia ei neuvota kostonhimoisesti vaikenemaan, vaan tulkitsemaan tällaiset transferenssitilanteet.

Ana-Maria Rizutton alun perin Norjassa syyskuussa 1995 pitämä esitelmä ”Psykoanalyttinen psykoterapia ja sielunhoidollinen ohjaus (pastoral guidance)” julkaistiin artikkelina, joka osana ’virtuaalista’ symposiumia sai neljä vastinetta ja Rizutton kommentin näihin. Artikkelinsa alussa Rizutto tarjoaa katsauksen parantamisen ja pastoraalisen ohjauksen, lääketieteen ja psykoanalyysin historiaan. Viime vuosisadalla psykologian ja psykoanalyysin saapumisen myötä sielunhoidossa on otettu käyttöön joitain näiden oppiaineiden oivalluksista. Sielunhoidon ja pastoraalisen ohjauksen tehtävänä on auttaa ihmisiä heidän uskonnollisessa etsinnässään ja huolissaan heidän tarpeidensa määrän ja psyykkisen ja uskonnollisen kypsyytensä mukaisesti. Tarpeiden määrä tarkoittaa uskovan henkilökohtaista hyvinvointia koskien loukkauksia, epäjärjestystä, vieraantumista ja mielen sairauksia, jotka häiritsevät hänen

mielenrauhaansa ja Jumalan löytämistä. Tässä mielessä sielunhoito on suoraa jatkumoa sille jumalalliselle parantamiselle, jonka Kristus tarjosi seuraajilleen. Psykoterapia psykoanalyysin alkuperänä tulee aivan erilaisesta traditiosta. Psykoanalyytikon on löydettävä mielen luonnolliset lainalaisuudet. Freud kutsui itseään luonnontieteilijäksi. (Rizutto 1998a, 69-71).

Sielunhoidolla ja psykoterapialla on yhteinen päämäärä ja samanlainen eettinen ja moraalinen asenne. Kummankin lähestymistavan tarkoituksena on auttaa ihmistä vapautumaan hengellisten rajoitusten, psyykkisten konfliktien ja tuskallisen henkilöhistorian taakkojen sisäisestä ahdistuksesta. Samanlainen eettinen asenne tarkoittaa hoidettavan kunnioittamista, mikä koostuu kolmen perussäännön: abstinenssin, neutraliteetin ja yhteistyöhön perustuvan järjestelyn luomisen noudattamisesta. Psykoanalyttisellä psykoterapialla ja pastoraalisella ohjannalla on kuitenkin erilaiset erityispäämäärät. Psykoanalyttisen psykoterapian tarkoitus on auttaa ihmistä löytämään keinot hallita häiritsevää käyttäytymistä ja mielenlaatua ymmärtämällä terapeutin suhteen sisältöä ja henkilökohtaisten tunteiden ja ajatusten motivationaalisia lähteitä. Uskonnollinen materiaali analysoidaan tarkasti samalla tavalla kuin muukin ilmitulo tai assosiaatio. Pastoraalisen ohjannan tarkoitus on auttaa ihmistä jatkamaan tai kehittämään merkityksellisen uskonnollisen elämän etsimistä jokapäiväisen elämän konkreettisissa tilanteissa. Se koskee kaikkia ulkoisia ja sisäisiä asenteita jotka helpottavat tai estävät uskovien yrityksiä luottaa Jumalaan, itseensä tai lähimmäisiin Jumalan luomina olentoina. (Rizzutto 1998a, 71-73, 75-76).

Hengellisen (pastoral) ohjaajan ja uskovien tuoma yhteinen uskontoon tai kirkkoon kuulumisen. Ohjaaja voi auttaa uskovaa hänen pyhiinvaelluksellaan Jumalan ja itsensä löytämisessä. Tämä lähtökohta on hyvin selvä myös niille, jotka pyytävät apua pelkkään inhimilliseen kurjuuteen ilman uskonnollista ajatusta. Avunpyyntö papilta asettaa heidät uskonnolliseen tilanteeseen. Hiljaisesti he hyväksyvät uskon, jota he eivät halua tai Jumalan, jota he pelkäävät tai halveksivat. Olennaiset erot hengellisen ohjauksen ja psykoterapian välillä ovat edellisen uskonnollinen lähtöasetelma (setting) sekä metodi: psykoterapiassa käyttäytymisen tiedostamattomien tekijöiden tutkiminen sekä hengellisessä ohjannassa tietoisien asenteiden ja mielenlaadun selventäminen. Kolmas ero ovat käytetyt työkalut: psykoterapiassa transferenssin käyttö ja tietoisien ja tiedostamattomien toiveiden tulkinta sekä hengellisessä ohjannassa avoimen suhteen,

tietoisien tuen ja lohdutuksen sekä uskonnollisten käytäntöjen käyttäminen. (Rizzutto 1998a, 76, 78).

Rector (1998, 79-80, 82) tarjosi vastineen Rizzuttolle, jossa hän arvosteli ensinnäkin liian idealistista näkemystä siitä, miten psykoanalyysissä yleensä käsitellään uskonnollista materiaalia. Freudin uskonnon patologisoimisesta johtuen monet psykoanalyytikot eivät ole uskonnollisen materiaalin kanssa mukavuusalueellaan ja sen välttelyssä on vastatransferenssinomaisia piirteitä. Toiseksi pastoraalisen ohjauksen määrittely puuttuu. Rizzutton voidaan päätellä tarkoittavan seurakuntapastoreita ja hengellisiä ohjaajia. Mutta jos hän tarkoittaa sairaalapappeja, terapeutista erityissielunhoitoa (pasroral counseling) ja pastoraalipsykoterapeutteja, hänen käsityksiään voidaan näiden ammattien monitieteisen asiantuntemuksen valossa pitää melko alkeellisina. Monet heistä ovat saaneet koulutusta ja ymmärrystä tiedostamattomasta sekä transferenssista ja vastatransferenssista. Siksi pastoraalipsykoterapeutin haastattelu ei paljon poikkea maallisen klinikon haastattelusta. Rizzutto ei riittävästi tunnusta pastoraalisen ohjannan eri muotojen monitieteistä moninaisuutta eikä nykyisten psykoanalyyttisten näkökulmien (Fairbairn, Kohut) laajuutta, mitkä ovat jo vaikuttaneet paljon papinviran (ministry) hoitoon.

Klaavu käsittelee laajemmin Rizzutton puheenvuoroa ja sen saamaa kritiikkiä. Kritiikin pääkohteena on pastoraalipsykoterapian jättäminen pois sielunhoidon käsittelystä. Vastineessaan Rizzutto sanoo tehneensä sen tietoisesti, koska hänen mukaansa pastoraalipsykoterapia on psykoterapian alalaji, mikä ei nouse kristillisestä perinteestä, vaan psykoanalyysin oivalluksista. Rizzutto perustelee tätä kantaansa siteeraamalla Carroll Wisen teosta ”Pastoral Psychotherapy. Theory and Practice”. Keskeiseksi kritiikin kohteeksi nousee siten myös Rizzutton käsitys psykoterapian ja sielunhoidon erilaisuudesta. Kriitikoiden mukaan psykoterapiassa ja sielunhoidossa on kyseessä sama tai samankaltainen prosessi. Rizzutton mukaan ongelmana on pastoraalipsykoterapeutin kolmenlainen rooli: Jumalan pappi, yhteisön johtaja ja psykoterapeutti. Tiedostamaton ei voi tällöin virrata vapaasti. Psykoterapiassa tapahtuva työskentely keskittyy alitajuntaan, mutta sielunhoito tietoisuuteen. Siksi psykoterapia on hänen mukaansa tehokkaampi kuin sielunhoito tai pastoraalipsykoterapia. Rizzutton käsitys papin työstä pohjautuu katolisen seurakuntapapin malliin ja eikä vastaa joidenkin protestanttisten kirkkokuntien, kuten reformoidun kristillisyyden sielunhoidon käsitystä. (Rizzutto 1998b, 93-97; Nakasian 1998, 91; Klaavu 2001, 68-69, 72, 87-88).

New Yorkissa huhtikuussa 1999 AAPC:n ja Psykoanalyttisten Psykoterapeuttien Neuvoston yhteisessä konferenssissa, jonka aiheena oli ”Mitä on parantaminen?” ilmaistiin arvostusta psykologian ja uskonnon maailmojen yhteistyölle. Maalliset (secular) terapeutit ja terapeutit erityissielunhoitajat (pastoral counselors) ymmärtävät ihmisen tilanteen samoin ja työskentelevät kohti samoja päämääriä. Yhteishenki tuntui hyvältä, mutta se ei ollutkaan totta. Miksi? Siksi, että ydinerot pysyvät ennallaan. Molemmat ottavat maksun asiakkailtaan ja analyttikot tajusivat että henkisyys (spirituality) on kuuma aihe, joka on paisuttamassa heidän kassansa. Yhdistymisessä on kuitenkin tärkeintä se, mitä terapeutti tai sielunhoitaja ajattelee, uskoo tai sanoo asiakkailleen. Useimmat maalliset terapeutit eivät osoita mitään sitoutumista uskonnollisten tekstien, traditioiden tai yhteisöjen pyhyyttä kohtaan ja jättäytyvät syrjään kaikesta uskonnosta, vaikka osoittavatkin herkkyyttä henkiseen (spiritual) etsinnälle. Mutta he antavat ymmärtää, että uskonnolla ei ole mitään tekemistä henkisyyden kanssa. Monet sielunhoitajat taas eivät tuo ammattienvälisessä keskustelussa ilmi sitä, mitkä näkökohdat heidän uskonnollisessa traditiossaan menevät heidän psykologisen koulutuksensa edelle, kun he hoitavat asiakkaitaan. Vuosikymmenten ajan on oletettu, että uskonnolliset periaatteet tekevät sielunhoitajan lähestymistavasta ”leveämmän, korkeamman ja syvemmän”. Yleiskäsitteet, kuten holismi, kunnioitus ja ihmisarvo, eivät kerro riittävän selvästi asiakkaiden hoidon henkisestä lähestymistavasta, vaan ne ovat pakenemista käsitteiden taakse. Niin kauan kuin maalliset terapeutit jaarittelevat uskonnollisesta sitoutuneisuudestaan ja sielunhoitajat julkisesti mukautuvat asiakkaan psykologisen tilan maalliseen arviointiin, ei ole mitään yhdistettävää. (Ahlskog 2001, 3-4). Ahlskog kertoessaan vaikutelmistaan AAPC-CPP:n konferenssista ottaa siis sen kannan, että kumpikaan osapuoli: psykoanalyttikot ja terapeutit erityissielunhoitajat (pastoral counselors) eivät ole rehellisiä toisilleen eivätkä asiakkailleen.

Stone & Garner (1981, 246-249) raportoivat artikkelissaan paikallisseurakuntien pappien perustaman moniuskontoisen (interfaith) sielunhoitokeskuksen ja sairaalan mielenterveyskeskuksen yhteistyöstä. Monet kunnalliset mielenterveyskeskukset ovat palkanneet pappeja (minister) tai sielunhoitajia (pastoral counselor), jotka ovat onnistuneet rakentaman sillan mielenterveyden ammattilaisten ja paikallisten pappien välisen kuilun yli. Kuitenkin tullessaan sulautuneeksi henkilökuntaan papeilla tässä asemassa voi olla vaikeuksia säilyttää papin identiteettinsä, jolloin se eivät voi enää

toimia tällaisena siltana. Tässä tapauksessa keskukset eivät kuitenkaan yhdistyneet, vaan toimivat yhteistyössä, mistä seurasi monia etuja. Muiden muassa asiakkaan ohjaaminen toimistosta toiseen edisti erikoistumiskehitystä, jolloin enemmän erikoistaitoja voitiin soveltaa tietyn henkilön ongelmiin. Jatkovaa työpaikkakoulutusta kehitettiin yhdessä, mikä teki ammattien välisen lähestymistavan mahdolliseksi. Asuinyhteisöä voitiin palvella parhaiten yhteistyössä eikä eristäytymällä.

Pappien, psykoterapeuttien ja lääkärin välistä yhteistyötä seurakuntakontekstissa koskevassa tutkimuksessaan Grauf-Grounds & Backton (2007, 31, 36-37) toteavat, että eräs huonosti tunnistettu ja alihoidettu ongelma, mikä sopii yhteistyön alueeksi, on depressio, jolla on vaikutuksensa ihmisen hengelliseen, fyysiseen, emotionaaliseen ja ihmissuhteita koskeviin näkökohtiin. Yhteistyö ilmeni erityisesti asiakkaan ohjaamisessa toisen ammattikunnan edustajan luo. Ohjaamiset ovat hyödyllisiä seurakuntalaisille, vaikka ammattikuntien välinen palaute onkin epäjohdonmukaista. Teologian, lääketieteen ja psykoterapian oppilaitosten opetuksessa olisi enemmän mahdollisuuksia laajentaa hoidon koulutusmalleja hahmottamaan ja sisältämään ammattikuntien välistä yhteistyötä. Biopsykososiaalis-hengellinen ihmiskäsitys helpottaa auttamisprosessia. Ammattien välinen yhteistyö voi tarjota parhaan mahdollisuuden kokonaisvaltaiselle hoidolle huolteneiheisiin, joita seurakuntalaiset esittävät, ja sille papistolle, joka näkee tarpeen aloittaa keskustelut lääketieteellisistä ja psykososiaalisista aiheista.

Vuonna 1993 ilmestyneessä Sielunhoidon käsikirjan laitoksessa (Clinical Handbook of Pastoral Counseling, toim. Wicks, Parsons ja Capps) Clyde Steckel ennustaa, että sen ajan sielunhoitoliike on saamassa takaisin teologiset ja eettiset ulottuvuutensa. Tästä kiinnostuneena Norma Schweitzer Wood lähetti 130:lle American luterilaisen kirkon naispapille kyselylomakkeen, jossa hän tutki muiden muassa heidän sielunhoitokäsitystään. Tutkimusjoukolle annettiin kuusi sielunhoidon oppikirjoista poimittua sielunhoidon kuvausta, joista kolmessa oli enemmän psykososiaalisia kuin teologisia käsitteitä ja kieltä. Kolme muuta painottivat enemmän teologiaa kuin psykologiaa korostaen perinteistä tunnustuksellista uskoa. Pieni enemmistö katsoi psykologian roolin olennaiseksi. Silti melkein puolikas vastaajista oli kiinnostunut sielunhoidon teologisesta taustasta. Woodin mielestä tulokset tarjosivat tukea Steckelin arvioinnille, että sielunhoidon suuntauksissa kiinnostuksen käänne on kohti teologisten ulottuvuuksien elpymistä. (Wood 1993, 341-344).

Sielunhoidon kliininen koulutus syntyi aikanaan reaktiivisena liikkeenä haastaen kirkon perinteistä viranhoitoa, joka perustui kirjoitettuihin eikä ihmiselämästä nouseviin lähteisiin sekä hierarkkiseen ja ulkoiseen eikä jaettuun auktoriteettiin. Tässä reaktiivisessa vaiheessa sielunhoitoliike kääntyi kirkon traditiosta aikansa sosiaalitieteiden opetuksiin, jotka antoivat mahdollisuuksia ja tietoa muille auttamisammateille. Nyt heiluri voi hyvin liikahtaa takaisin kotiin, kun CPE-koulutus pyrkii jälleen luomaan yhteyksiä juutalais-kristillisen auttamistraditioiden lähteisiin. Tällä tavoin CPE on kuin tuhlaajapoika, jonka on täytynyt kirkon ja sen viranhoidon vuoksi sekä lähteä että palata kodista. (VanKatwyk 1988, 326).

AAPC:n historiassa on ollut vaikeaa kuvata sitä mikä tekee sielunhoidosta (pastoral care and counseling) erityisesti ”pastoraalisen”. Keskeinen kysymys on ollut: keitä me olemme. Identiteetin etsiminen on ollut keskeistä (vertaa edellisen JPC:een kohdistuvan tutkimuksen otsikkoa, Jaatinen 1980). Sielunhoitoa on vaikeaa kuvata sanoin – vastaavalla tavalla kuin polkupyörällä ajamisen oppimista. Vaikka tiedämme, kuinka ajaa polkupyörällä, meidän on vaikeaa tieteellisen tarkasti kuvata sitä toiselle. Hänen täytyy itse katsoa, opetella ja kokea se. Samoin syntyy intuitiivinen käsitys sielunhoidosta. Siinä on paljon hiljaista (tacit) tietoa, mitä ei voi sanoittaa. (Rodgerson 2008, 195, 197-199).

Kaiken kaikkiaan syntyy vaikutelma, että keskustelu sielunhoidon ja psykoterapian suhteesta on saatu päätökseen: psykoterapeuttiset toimenpiteet ja hoitomallit on hyväksytty osaksi sielunhoidon arsenaalia ja psykoterapeuttista tutkimusta hyödynnetään. Poikkeuksena on se, ettei sielunhoidossa tulkita transferenssisuhdetta. Sielunhoidolle on löydetty oma uskonnollinen ja kirkollinen identiteettinsä ja jotta yhteisöjä voitaisiin palvella mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti, 2010-luvulla keskustelu sielunhoidon omasta ominaislaadusta ja toteuttamistavoista on ollut uudelleen viriämässä.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET JATKOTUTKIMUKSELLE

Uskonto on tärkeää useimpien amerikkalaisten elämässä. Niiden instituutioiden joukossa, joihin ihmiset luottavat, kirkot ja järjestäytynyt uskonnollisuus arvioidaan lähelle huippua. Kansallisesti lähes jokaisessa yhteisössä on yhteensä lähes 500000 jumalanpalveluspaikkaa. Gallup-tutkimuksen mukaan vuodelta 1999 noin 70 % amerikkalaisista vakuuttaa olevansa jäseniä kirkossa tai synagogassa ja 40 % käy kirkossa vähintään kerran viikossa. 90 % kansalaisista haluaa jonkinlaisen uskonnollisen kasvatuksen lapsilleen. Kolme viidestä pitää uskontoa hyvin tärkeänä, 90 % rukoilee ja 95 % heistä uskoo, että heidän rukouksensa vastataan. Nämä tulokset ovat pysyneet suunnilleen samoina 1960-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 1999 papistossa oli 353000 henkilöä palvelemaan seurakuntia (300000 protestanttista ja 49000 katolista pappia ja 4000 rabbia) ja lisäksi 10000 sairaalapappia työskentelemässä terveydenhuoltolaitoksissa. (Weaver et al. 2002, 393-394).

Yhdysvalloissa uskonnon tärkeästä asemasta kertoo se, että sikäläiseen Mielenterveyden häiriöiden tautiluokituksen nimistöön on otettu Amerikan Psykiatrien Yhdistyksen sisällyttämä kohta ”Uskonnolliset tai spirituaaliset ongelmat” (V62/89) lailliseksi diagnostiseksi kategoriaksi. Lyhyen kuvailevan määritelmän mukaan tätä kategoriaa voidaan käyttää kun kliinisen huomion keskipisteenä on uskonnollinen tai spirituaalinen ongelma. Esimerkkeinä ovat ahdistavat kokemukset uskon menettämisestä tai kyseenalaistamisesta, ongelmat, jotka liittyvät uuteen uskoon kääntymisessä tai spirituaalisten arvojen kyseenalaistaminen. (Brun 2005, 425).

Amerikkalaiselle yhteiskunnalle on tyypillistä, että valtaosa väestöstä näkee läheisen yhteyden uskonnollisen uskon (spiritual faith), uskonnollisten arvojen ja mielenterveyden välillä ja hakee mieluummin apua sellaiselta mielenterveyden ammattilaiselta, joka tunnistaa ja osaa yhdistää hengelliset arvot hoitoon. (Eliason et al. 2013, 1)

Koska Yhdysvalloissa kirkot ja uskonnolliset järjestöt toimivat ulkopuolisen tuen ja lahjoitusten turvin, niiden ylläpitämät sielunhoitokeskukset (pastoral counseling centers) ottavat maksun asiakkailtaan. Myös AAPC:n ylläpitämät keskukset tekevät

näin. Julkinen terveydenhuolto ostaa niiltä palveluja ja maksaa niistä. Kapitalistisessa yhteiskunnassa raha tuntuu aina olevan tärkeää ja taloudelliset tekijät ("bottom line"-asiat) vaikuttavat myös sielunhoidon tarjontaan, vaikka siitä ei usein avoimesti kirjoitettukaan. AAPC:n palkkaamat erityissielunhoitajat (pastoral counselors) ovat usein kuitenkin vastuullista väkeä ja noudattavat sen eettistä koodistoa, jonka mukaan on oltava valmis antamaan palveluja kriisissä oleville ihmisille huomioimatta taloudellista korvausta, milloin se on tarpeellista, vaikka se tuottaakin sielunhoitokeskuksille taloudellisia ongelmia. Monet erityissielunhoitajat kokevat työnsä papin palvelutehtäväksi (ministry) ja ovat siitä vastuussa, olkoonpa puitteet (setting) mitkä tahansa ja kokevat tehtäväkseen olla vastuullisesti yhteydessä myös uskonyhteisöön. (Ahlskog 2001, 3; Jacob 2001, 281, 284; Strunk 2004, 1).

Kilpailu apua tarvitsevista sieluista voi siis olla pinnan alla vaikuttamassa. Rahaa ei useinkaan mainittu ja maksuista ei juuri kirjoitettu, mutta koska seurakuntapastorit tekevät sielunhoitotyötä osana omaa viranhoitoaan ilmaiseksi, on luonnollista, jos paikallisseurakunnan ja sielunhoitokeskusten välillä on jännitettä. Kirkollisen seurakunta- ja sielunhoitokäsityksen näkökulmasta voi olla vaikeaa hyväksyä sielunhoitotyön maksullisuutta osana papin kutsumusta. Siksi esimerkiksi kunnallisten mielenterveystoimistojen palkkaamalla papeilla voidaan kokea olevan vaara menettää papillinen identiteettinsä (Stone & Garner 1981, 246).

Toisaalta taas sielunhoitokeskuksissa työskentelevät voivat olla syyttämässä tiettyjen hengellisten suuntien pappeja liiallisesta jyrkkyydestä ja konservatiivisuuden korostamisesta. Esimerkiksi baptistien ja katolisten aliedustus JPC:n kirjoittajien keskuudessa tuli ilmi heidän kirkollista taustaa tutkittaessa (sivu 60). Teologian opiskelijoita koskevassa tutkimuksessa selvisi, että sangen pysyvä teologinen asenne – konservatismi tai liberaalisuus – riippuu siitä kirkollisesta ympäristöstä, missä opiskelijat olivat kasvaneet (Stone 1993, 286–289, 292–293). Koko klininen sielunhoitoliike ja CPE-koulutus syntyi liberaalisena vastareaktiona jäykkänä koettua kirkollista viranhoitoa, hierarkkista kulttuuria ja autoritatiivisia käytäntöjä kohtaan (VanKatwyk 1988, 326). Nämä tekijät liittyvät myös keskusteluun uskonnon ja psykologian, sielunhoidon ja psykoterapian sekä pastoral caren ja pastoral counselingin suhteesta, mikä itse asiassa on koko ongelmakentän peruskysymys.

Nämä ristiriidat saattoivat olla vaikuttamassa siihen, että suuret taustajärjestöt, ensiksi

NACC vuonna 1995 ja sitten AAPC vuonna 2003 erosivat JPC:n julkaisukunnasta, mikä johti lehden myös taloudellisiin vaikeuksiin ja levinkin romahtamiseen. Ensiksi katoliset pitivät lehden linjaa liian liberaalina ja sitten liberaalimman teologian edustajat lähtivät ja konservatiivisempi jäi jäljelle. Vaikka lehden nimeen lisättiin ”counseling”, sen sielunhoitokäsitys muuttui kuitenkin terapeuttisesta erityissielunhoidosta (pastoral counseling) seurakunnissa ja sairaaloissa tehtävää perussielunhoitoa (pastoral care) painottavaan suuntaan. Kanadalainen O'Connor (2003) yritti pehmentää ulkopuolelta katsottuna turhankin mustavalkoiseksi mennyttä asetelmaa korostamalla sitä, että yhdistäviä tekijöitä oli enemmän kuin erottavia, mutta ero oli jo tapahtunut.

Miten sielunhoidon teoria ja käytäntö JPCC:ssa ovat muuttuneet tutkimukseen kuuluneiden 35 vuoden aikana? Vastaus riippuu siitä, mistä sielunhoidon tasosta on kulloinkin ollut kyse. Tämän tutkimuksen toisena taustateorianaan on sielunhoidon neljä erilaista tasoa de Jongh van Arkelin mukaan, jotka on esitelty johdantoluvussa sivuilla 13-15. Riippuen siitä, mitkä tahot lehteä ovat olleet kulloisenakin ajankohtana olleet julkaisemassa, nämä tasot ovat painottuneet eri tavalla. Sielunhoidon teoria on muuttunut siten, että vuoden 2003 jälkeen terapeuttisen erityissielunhoidon tason (pastoral counseling) käsittely on vähentynyt ja sielunhoidon tason (pastoral care) lisääntynyt. Myös keskinäisen (mutual care) tason käsittely on vähentynyt, mutta pastoraalipsykoterapian (pastoral therapy) tason käsittely on pysynyt koko ajan samoissa, sangen vaatimattomissa luvuissa.

Toinen taustateoria on ollut Grevbon erittämät sielunhoidon suuntaukset, jotka on lueteltu sivulla 3. Tätä jaottelua on yksinkertaistettu ja ne on yhdistetty sielunhoidon tasoihin kuviossa 2 sivulla 15 esitetyllä tavalla. Muutokset ovat vaikuttaneet sielunhoidon käytäntöihin siten, että hoitomalleista lähimmäiskeskeisen sielunhoidon käsittely on lisääntynyt ja syvyyspsykologisen sielunhoidon laskenut vuoden 2003 jälkeen. Toisaalta myös julistava sielunhoito on menettänyt asemiaan, mutta ratkaisukeskeistä lyhytsielunhoitoa on alettu suositella seurakuntatyössä käytännölliseksi hoitomalliksi. Tämä on vaikuttanut käytettyihin sielunhoidon menetelmiin siten, että kuunteleminen ja tukeminen sekä hyväksyminen ovat olleet kaikkein eniten käytettyjä sielunhoidollisia toimenpiteitä ja rukouksen käyttö sielunhoidon välineenä on lisääntynyt.

Tätä kehitystä voidaan havainnollistaa myös VanKatwykin Erilaisten sielunhoitoroolien

kartalla (liite 3 c, sivu 180): Sielunhoitajan objektivistista paimenen asiantuntijaroolia on korostettu entistä vähemmän ja painopiste on siirtynyt jossain määrin salaviisaan, mutta erityisesti haavoitetun parantajan subjektivistiseen rooliin, jolloin merkitys on joko yhteistyössä rakennettava tai totuus keskustelussa oivallettava. Tämän tutkimuksen tulokset tuntuvat todistavan saman kehityksen, mikä johdannon alaluvussa 1.2.1. esiteltiin sielunhoitokirjallisuuden perusteella tapahtuneeksi sielunhoidon muutokseksi. Poikkeuksena on sosiopoliittisen sielunhoidon aliedustus.

Sielunhoito aikakauskirjassa *The Journal of Pastoral Care and Counseling* on 2010-luvulle tultaessa löytänyt oman identiteettinsä, joka on aikaisempaa enemmän kosketuksissa teologisiin juuriinsa ja työhön, jota tehdään sekä paikallisseurakunnissa että sairaaloissa.

Jatkotutkimusta ajatellen voisi yhdistää aikaisempi JPC:a vuosia 1952-1979 koskeva tutkimuseni tähän tutkimukseen ja ottaa mukaan myös nyt verkosta saatavat vuosikerrat 1947-1951 sekä uusimmat vuosikerrat tähän päivään saakka. Toisaalta mielenkiintoisempaa olisi tutkia nimenomaan uusimpia numeroita kohteena se, mitä sielunhoidosta kirjoitetaan nyt ja mitkä ovat nykyiset painopistealueet ja keskustelunaiheet. Siksi kannattaisi ottaa mukaan myös muut sielunhoidon nykyiset aikakauskirjat, kuten esimerkiksi AAPC:n julkaisema *Sacred Spaces* tai Amerikan luterilaisten kirkkojen julkaisema *Caring Connections: An Inter-Lutheran Journal for Practitioners and Teachers of Pastoral Care and Counseling* ja mahdollisesti verrata niitä Euroopassa julkaistaviin sielunhoidon aikakauskirjoihin.

Suomalainen ja amerikkalainen kirkollinen kulttuuri ja sielunhoitokäytäntö poikkeavat toisistaan. Suomessa kirkon sielunhoitotyötä toteuttavat kirkon palkkaamat seurakuntapapit, diakoniatyöntekijät, sairaalapapit ja perheneuvojat. Suomessa tuntuisi omituiselta, jos esimerkiksi sielunhoidon erikoistumiskoulutuksen saanut alkaisi pitää yksityispraktiikkaa ja ottaa maksua antamastaan sielunhoidosta. Paikallisseurakuntien työntekijöiden ja sairaalapappien sielunhoitotyö on luonteeltaan hengellistä, mutta perheneuvojista moni on koulutukseltaan psykologi ja heidän tekemänsä työ on terapeutisesti suuntautunutta erikoissielunhoitoa, joka voidaan rinnastaa amerikkalaisittain *counseling*-tyyppiseksi. (Toki se on tärkeä osa seurakuntien

lähimmäisenrakkaudesta nousevaa palvelutehtävää, mutta tahtoo jäädä paikallisseurakuntien työntekijöille vieraaksi. Siksi olisi tärkeää, että ainakin kerran vuodessa perheneuvojat – ja myös sairaalapapit – kävisivät paikallisseurakuntien työkokouksissa esittäytymässä ja kertomassa työstään.) Jotkut perheneuvojat ja esimerkiksi psykiatristen sairaaloiden papit ovat hankkineet itselleen myös psykoterapiakoulutuksen. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon erikoissielunhoitotyön tutkiminen sen hengellisyyden ja painopistealueiden näkökulmasta sekä sielunhoidon ja psykoterapian suhteesta voisi olla myös mielenkiintoista.

”Avain jokaisen pitkään säilyvän kulttuurin ja uskon kestävyyyteen on niiden kyky kohdata sen jäsenten tarpeet” (Stone 2001, 196). Samaa korosti tämän tutkielman kirjoittajan papiksi vihkinyt edesmennyt arkkipiispa Mikko Juva: Kirkolla, joka hoitaa ihmisten sieluja, on tulevaisuus.

8. TIIVISTELMÄ

Sielunhoitotyö käytännössä on kuin polkupyörällä ajon opettelu: sitä ei voi tieteellisen tarkasti määritellä toiselle, vaan se täytyy itse katsoa, opetella ja kokea. Samoin syntyy intuitiivinen käsitys sielunhoidosta. Kuitenkin sen puitteita, tavoitteita, toimenpiteitä, välineitä, hoitomalleja, suhdetta psykoterapiaan, sielunhoitajalta vaadittavia kykyjä ja hoidettavien ongelmia voidaan kuvailla, kuten tässä tutkimuksessa on tehty tilastollista sisällön erittelyn menetelmää käyttäen kohteena *The Journal of Pastoral Care and Counseling* 1980 – 2014.

Kirjoittajista kolme neljästä on ollut pääasiassa protestanttisia pappeja, jotka ovat työskennelleet enimmäkseen yliopistossa tai sairaalassa ja kirjoittaneet sekä sielunhoidon käytännön menetelmiä että teologiaa käsitteleviä artikkeleja. Eniten kirjoittajat ovat perustelleet kirjoittamaansa sekä teologisilla että psykologisilla tai muilla tutkimuksilla sekä käytännöllis-tarkoituksenmukaisilla syillä. Kirjoittajapohjan kansainvälistyminen on lisääntynyt 1990-luvun puolivälistä lähtien, samoin kiinnostus yleissairaalapotilaisiin. Eniten mainittuja ongelmaryhmiä olivat mielenterveyden ongelmat ja tilannekriisit, joita käsiteltiin sairaaloissa tai muissa hoitolaitoksissa. JPCC:n painopiste on vuosien mittaan siirtynyt psyykkisistä sairauksista somaattisiin sairauksiin.

Sielunhoidon tavoitteista pidettiin tärkeimpinä avunsaamisen kokemista ja elämäntilanteeseen sopeutumista varsinkin tilannekriiseissä. Psykodynaamisten tavoitteiden, kuten oivalluksen asettaminen on tutkimuskautena laskenut jyrkästi. Uskonelämän syntyyn tai kasvuun suhtaudutaan myönteisesti noin puolessa tutkituista artikkeleista.

Sielunhoidollisina toimenpiteinä käytettiin kaikissa ongelmaryhmissä eniten kuuntelemista ja tukemista ja usein niihin liitettiin hyväksyminen. Rohkaisua, julistusta ja opetusta sekä neuvomista käytettiin eniten uskonnollisissa ja elämäntutkimuksellisisissa ongelmissa sekä osoittamista ja tulkintaa mielenterveysongelmissa ja silloin, kun sielunhoidon tavoitteeksi asetettiin itsetuntemuksen lisääntyminen. Julistus ja opetus sekä tulkinta ovat verrattuna 1960-luvun alkupuoliskoon vähentyneet huomattavasti.

Sielunhoidollisina välineinä käytettiin eniten keskustelua ja erityisesti silloin, kun tavoitteena oli oireiden lieveneminen tai kriisiin sopeutuminen. Seurakuntayhteyttä ja rukousta käsiteltiin lähes kolmanneksessa artikkeleista. Rukouksen korostaminen on tutkimusjaksona lisääntynyt ja sitä käytettiin usein yhdessä rohkaisemisen kanssa sekä erityisesti silloin, kun tavoitteena oli uskonelämän hoitaminen.

Sielunhoidon hoitomalleista lähimmäiskeskeistä sielunhoitoa käytettiin eniten kaikissa ongelmaryhmissä. Sen käyttöä perusteltiin myös uskonnollisella vakaumuksella ja sielunhoidon koulutuksessa sitä pidettiin parhaimpana hoitomallina. VanKatwykin Auttamistapojen kartta, Terapeuttisten muutosstrategioiden kartta sekä Erilaisten sielunhoitoroolien kartta (liite 3 a-c) kokoavat havainnollisesti yhteen sielunhoidossa käytetyt eri hoitomallit ja toimenpiteet.

Kriisisielunhoitoa käytettiin paljon paitsi tilannekriiseissä myös mielenterveysongelmissa. Ratkaisukeskeinen lyhytterapia onkin saamassa osakseen lisääntyvää mielenkiintoa. Julistavassa sielunhoidossa tavoitteena on uskonelämän hoitaminen yleisen sielunhoidon puitteissa seurakuntayhteydessä julistuksella ja opetuksella sekä neuvojen antamisella. Sitä käsiteltiin 23 %:ssa artikkeleista, mutta näistä siihen suhtauduttiin kielteisesti 11 %:ssa. Sosiopoliittista sielunhoitoa käytettiin etnisten vähemmistöjen sielunhoidossa, mutta sen käsittely on ollut hyvin vähäistä. Psykoanalyysin tai muun analyttisen terapian käsittely on melko vähäistä verrattuna 1960-luvun alkupuoliskoon ja ne saivat osakseen myös kielteistä suhtautumista. Kuitenkin Heintz Kohutin suosio 1990-luvulla näkyi myös JPC:n artikkeleissa. Mainintoja sai myös narratiivis-konstruktivinen näkökulma, jota VanKatwyk Terapeuttisten muutosstrategioiden kartassaan päätyi suosittelemaan.

Sielunhoidon tasoista sekä pastoral care että pastoral counseling voidaan suomentaa sielunhoidoksi, mutta edellisellä tarkoitetaan seurakunnassa tai sairaalassa tapahtuvaa perussielunhoitoa. Jälkimmäinen on edellisen terapeuttinen erityismuoto, joka tapahtuu yleisimmin sielunhoitokeskuksissa. Molemmat eroavat psykoterapiasta siinä, että niissä ei käsitellä transferenssisuhdetta. Kaikkein eniten käsiteltiin perussielunhoitoa, jota käsittelevien artikkelien määrä nousi tutkimuskautena 64,0 %:sta 81,6 %:iin, kun taas terapeuttisen erityissielunhoidon käsittely laski 38,0 %:sta 15,8 %:iin. Taustalla on

AAPC:n ero lehden julkaisijoista vuonna 2003. Myös keskinäisen huolenpidon tason käsittely laski tutkimuskautena 36,0 %:sta 10,5 %:iin. Pastoraalipsykoterapian tason käsittely oli koko tutkimusaikana viiden prosentin luokkaa.

Sielunhoidon onnistuminen johtuu viime kädessä auttajan ominaisuuksista. Eniten myönteistä suhtautumista saivat empatia, aitous ja avoimuus sekä kyky kunnioittamiseen. Sielunhoitajan henkilökohtaisen uskonvakaumuksen korostaminen on tutkimusjaksona vähentynyt.

American Association of Pastoral Counselorsin eron jälkeen sielunhoidon ja psykoterapian suhteesta syntyy se vaikutelma, että keskustelu on saatu päätökseen: tarpeelliset psykoterapeuttiset toimenpiteet ja hoitomallit on hyväksytty osaksi sielunhoitoa ja psykologista sekä psykoterapeuttista tutkimusta hyödynnetään. Sielunhoidolla on kuitenkin oma kirkollinen identiteettinsä, jota The Journal of Pastoral Care and Counseling on ollut uudelleen korostamassa.

35 vuotta käsittävän tutkimusjakson aikana sielunhoidon teoria ja käytäntö JPC:ssa on muuttunut siten, että vuoden 2003 jälkeen sielunhoidon taso (pastoral care) on tullut aiempaa keskeisemmäksi. Muutokset ovat vaikuttaneet sielunhoidon käytäntöihin siten, että hoitomalleista syvyyspsykologisen sielunhoidon käsittely on laskenut. Toisaalta myös julistava sielunhoito on menettänyt asemiaan, mutta ratkaisukeskeistä lyhytsielunhoitoa on alettu suositella käytännölliseksi hoitomalliksi. Viime vuosikymmenen loppupuolelta alkaen sielunhoito on alkanut myös olla entistä enemmän kosketuksissa teologisiin juuriinsa sekä seurakunnissa ja sairaaloissa tehtävään käytännön työhön. Näin sielunhoidon identiteetti on tällä vuosikymmenellä löytynyt aikakauskirjassa The Journal of Pastoral Care and Counseling.

9. LYHENTEET

AAPC	The American Association of Pastoral Counselors
ACPE	The Association for Clinical Pastoral Education
AFRP	The American Foundation of Religion and Psychiatry
CCT	The Council for Clinical Training
CCTTS	The Council for the Clinical Training of Theological Students
CPE	Clinical Pastoral Education
ECPCC	European Council for Pastoral Care and Counseling
IPC	The Institute of Pastoral Care
JPC	The Journal of Pastoral Care
JPCC	The Journal of Pastoral Care and Counseling
JPCP	Journal of Pastoral Care Publications Inc.
NACC	The National Association of Catholic Chaplains
PP	Pastoral Psychology

10. LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

10.1. Lähteet

The Journal of Pastoral Care and Counseling 1980 – 2014

Joka neljäs artikkeli on luokiteltu tätä tutkimusta varten.

Erikseen on viitattu seuraaviin artikkeleihin:

Ahlskog, Gary

2001 Three Puzzles Surrounding the Persistent Non-integration Between Psychology and Pastoral Counseling. JPC 55/1. 3-4.

Akagi, Cynthia G. & Bergen, M. Betsy

2004 Marital and Relationship Ministry (MRM) As a Tenant of Pastoral Care. - JPCC 58/1-2. 63–73.

Allen, Michael T.

1984 Computers and Chaplains: Using the Technological Revolution. – JPC 38/3. 187-194.

Ashby, Homer U., Jr. & Verner, David

2010 Do Pastoral Counselors Have a Duty to Report Clergy Sexual Abuse Done by Their Clergy Clients? - JPCC 64/3. 1-11.

Ashbrook, James B.

1996 Brain Processes and Pastoral Counseling. - JPC 50/2. 141-149.

Baker, David C.

1989 Peer Support: An Intervention Program for Ministers' Wives. - JPC 43/1. 16 – 24.

Banman, Jacquelyn K.

1995 Animal-Assisted Therapy with Adolescents in a Psychiatric Facility. - JPC 49/3. 274-278.

Berg, Gary

2011 The Relationship between Spiritual Distress, PTSD and Depression In Vietnam Combat Veterans. - JPCC 65/1. 1-9.

Bogia, B. Preston

1985 Responding to Questions in Pastoral Care – JPC 39/4. 357–369.

Bohler, Carolyn J.

1987 The Use of Storytelling in the Practise of Pastoral Counseling. - JPC 41/1. 63–71.

Bowker, Lee H.

1982 Battered Women and the Clergy: An Evaluation. - JPC 36/4. 226-234.

- Brun, Wesley L.
2005 A Proposed Diagnostic Schema for Religious/Spiritual Concerns. - JPCC 59/5. 425-440.
- Cannon, John M.
1990 Pastoral Care for Families of the Mentally Ill. - JPC 44/3. 213-221.
- Cedarleaf, J. Lennart
1984 Listening Revisited. – JPC 38/4. 310–316.
- Chilstrom, Corinne
1989 Suicide and Pastoral Care. – JPC 43/3. 199-208.
- Christenson, Randall M.
2007 Parallels Between Depression and Lament - JPCC 61/4. 299–308.
- Clinebell, Jr., Howard J.
1986 Pastoral Psychology and Care in the People's Republic of China. - JPC 40/4. 367–380.
- Close, Henry T.
1992 Symmetry and Complementarity: Implications for Psychotherapy and Couple Counseling. – JPC46/3. 310-318.
1993 An Adoption Ceremony. – JPC 47/4. 382-386.
- Crisp-Han, Holly & Gabbard, Glen O. & Martinez, Melissa
2011 Professional Boundary Violations and Mentalizing in the Clergy. - JPCC 65/3. 1-11.
- Denton, Donald D, Jr
1992 Empathy and Archetype: The Structure of Healing. - JPC 46/3. 227-236.
- Devor, Nancy Gieseler
1994 Pastoral Care for Infertile Couples. - JPC 48/4. 355-360.
- Doehring, Carrie
1992 Developing Models of Feminist Pastoral Counseling. - JPC 46/1. 23-31.
- Durham, Mary Sherrill
1990 The Therapist and the Concept of Revenge: The Law of Talion. - JPC 44/2. 131-137.
- Ekman, P. C. Tam
1997 Ethical Issues in Counseling with Gay and Lesbian Clients: Conversion Therapy and Confidentiality Limits. - JPC 51/1. 13-24.
- Eliason, Grafton Todd & Lepore, Mark & Holmes, Douglas
2013 Ethics in Pastoral Care and Counseling: A Contemporary Review of Updated Standards in the Field. - JPCC 67/2. 1-11.

- Erickson, Richard C. & Cutler David & Cowell, Victoria Brannan & Dobler, George E.
1990 Serving the Needs of Persons With Chronic Mental Illness: A
 Neglected Ministry. - JPC 44/2. 153-162.
- Flanelly, Kevin J. & Roberts, Stephen B. & Wearer, Andrew J.
2005 Correlates of Compassion Fatigue and Burnout in Chaplains and Other
 Clergy who Responded to the September 11th Attacks in New York City.
 – JPC 59/3. 213-224.
- Fletcher, Carol E. & Ronis, David L. & Hetzel, Joanna M. & Lowery, Julie C.
2011 A Quick Measure to Guide Allocation of Chaplains' Time With
 Hospitalized Veterans. - JPCC 65/1. 1-9.
- Galindo, Israel
1997 Spiritual Direction and Pastoral Counseling: Addressing the Needs of the
 Spirit. – JPC 51/4. 395-402.
- Gangi, Levi
2014 A Lifetime of Recovery: Spirituality Groups on an Acute Inpatient
 Psychiatry Unit. - JPCC 68/2. 1-10.
- Gelo, Florence
2011 Using Movies in Pastoral Counseling. JPCC 35/3. 1-4.
- Gerkin, Charles V.
1991 On The Art of Caring. - JPC 45/4. 399-408.
- Goodling, Richard A. & Smith, Cheryl
1983 Clergy Divorce: A Survey of Issues and Emerging Ecclesiastical Structures.
 - JPC 37/4. 277-291.
- Goss, Elizabeth
1998 Living and Dying with AIDS. JPC 43/4. 297-308.
- Grauf-Grounds, Claudia & Backton, Audrey
2007 Patterns of Conversation between Clergy and Their Parishioners and
 Referral to Other Professionals. - JPC 61/1-2. 31-37.
- Hausmann, Eugene & Spooner, Mary
2009 Does Pastoral Counseling Work? A Pilot Study of Delinquent Boys. -
 JPCC 63/3. 1-6.
- Hill, E. Wayne
2001 A Collaborative Pastoral Care and Counseling Supervisory Model – JPC
 55/1. 69-80.
- Hill, E. Wayne & Mullen, Paul M.
1996 An Overview of Psychoneuroimmunology: Implications for Pastoral Care.
 – JPC 50/3. 239-247.
- Hopson, Ronald E.
2008 The Book of Job as a Resource for Counseling. - JPCC 62/1-2. 87-98.

- Howland, Marcia L.
2006 Utilizing Hospice for Visitation of Comatose Patients: Field Education for Pastoral Care Students. - JPCC 60/3. 155-261.
- Ivy, Steven S
1988 Pastoral Diagnosis as Pastoral Caring – JPC 42/1. 81-89.
- Jacob, Melvin R.
2001 Ethical Boundaries and Health Maintenance Organization (HMO) Expectations: Who Draws the Line? - JPC 55/3. 281-288.
- James, Jan
1999 The Power of Valuing in Brief Pastoral Counseling. – JPC 53/1. 81-85.
- Jarvis, Debra
1989 Pastoral Care to Kidney Transplant Recipients. - JPC 43/3. 242-247.
- Jensen, Mark
1984 Some Implications of Narrative Theology for Ministry to Cancer Patients. - JPC 38/3. 216-225.
- Jeppsson Grasman, Eva & Pessi, Anne Birgitta & Whitaker, Anna & Juntunen, Elina
2010 Spiritual Care in the Last Phase of Life: A Comparison between the Church of Sweden and the Church of Finland. JPCC 64/3. 1-8.
- Johnstone, Colin B.
1981 On Asking the Right Question. – JPC 35/3. 169-176.
- Kelley, Joseph T.
1994 Five Group Dynamics in Team Ministry. – JPC 38/2. 118-130.
- King, Stephen D. & Jarvis, Debra & Schlosser-Hall, Adrienne
2006 A Model for Outpatient Care. JPCC 60/1-2. 95-107.
- Krebs, Richard L.
1980 Why Pastors Should Not Be Counselors. - JPC 34/4. 229-233.
- LaMothe, Ryan
2007 Empire Matters: Implications for Pastoral Care. - JPC 61/5. 421- 437.
- Louw, D. J.
2002 Pastoral Hermeneutics and the Challenge of a Global Economy: Care to the Living Human Web. - JPCC 56/4. 339-350.
- ma Mpolo, Masamba
1985 African Symbols and Stories in Pastoral Care. – JPC 39/4. 314-326.
- Mason, Karen E. & al.
2011 Clergy Referral of Suicidal Individuals: a qualitative study. - JPCC 65/3. 1- 11.
- Meier, Levi
2008 The Traveling Torah and Healing. - JPCC 62/1-2. 37-42.

Mitchell, Kenneth R.

1982 A Death and a Community: Case Conference. - JPC 36/1. 3-16.

Morgan, Edward E., III

1980 Implications of the Masculine and the Feminine in Pastoral Ministry.
- JPC 34/4. 268-277.

Nakasian, Suzanne

1998 Re- Viewing of Psychoanalytic Psychotherapy and Pastoral Guidance: A Response to Rizzuto. - JPC 52/1. 90-92.

Nelson, Stina C. & McWhirter, J. Jeffries:

1995 The Regroup Group: Career Exploration in a Church Setting. – JPC 49/2. 167-172.

Nuechterlein, Anne Marie

1991 Re-Creating Family of Origin Relationships in Work Relationships - JPC 45 /1. 49-59.

Nydam, Ronald J.

1992 Adoption and the Image of God. - JPC 46/3. 247–260.

Nyce, Dorothy Yoder

1982 Grieving People. - JPC 36/1. 36–45.

O'Connor, Thomas St. James

2003 Pastoral Counseling and Pastoral Care: Is there a Difference? - JPCC 57/1. 3 – 14.

O'Connor, Thomas St. James & Bordeau, Marlene & Meakes, Elizabeth et al.

1995 Diversity in the Pastoral Relationship: An Evaluation of The Helping Styles Inventory. - JPC 49/4. 365–374.

O'Connor, Thomas St. James & Fox, Karen-Anne & Meakes, Elizabeth et al.

1997 Quantitative and Qualitative Outcome Research on a Regional Basic Supervised SPE Program. - JPC 51/2. 195-206.

Oden, Thomas C.

1980 Recovering Lost Identity. – JPC 34/1. 4-19.

Oglesby, William B.

1984 Biblical Perspectives on Caring for Carers. - JPC 38/2. 85-90.

1987 Referral as Pastoral Care. - JPC 41/2. 176–187.

Olsen, David C. & Grosch, William

1991 Clergy Burnout: A Self Psychology and Systems Perspective. - JPC 45/ 3. 297–304.

Pan, Jen Der Peter & Lee, Ching-Yieh & Chang, Shih-Hua & Jiang, Jye-Ru Karen

2012 Using Prayer and Scripture in a Christian-based Stress-coping Support Group for Church Attendances: Implications for Professionals – JPCC 66/4. 1-13.

- Piderman, Katherine M. & Johnson, Mary E.
 2009 Hospital Chaplains' Involvement in a Randomized Controlled Multidisciplinary Trial: Implications for Spiritual Care and Research. - JPCC 63/3. 1-6.
- Polling, James N.
 1989 Issues in the Psychotherapy of Child Molesters. - JPC 43/1. 25-32.
- Porter, Beth
 1998 L'Arche Daybreak: An Example of Interfaith Ministry Among People With Developmental Disabilities. - JPC 52/2. 157-165.
- Popovsky, Mark
 2007 A Spiritual Issues Discussion Group for Psychiatric In-patients. - JPC 61/1-2. 119-129.
- Randall, Robert L.
 1986 Reminiscing in the elderly: Pastoral Care of Self-Narratives. - JPC 40/3. 207-215.
- Rector, Lallene J.
 1998 A Broader Consideration of "Pastoral Guidance" and Psychoanalytic Perspectives: A Response to Rizzuto. - JPC 52/1. 79-82.
- Riemsloagh, Marina & Cuvelier, Ferdinand et al.
 2012 The 'Methodic' Exploration of the Ethical and Pastoral Dimension in Interaction: the Cycle of Encounter – JPCC 66/3. 1-10.
- Rizzutto, Ana-Maria
 1998a Psychoanalytic Psychotherapy and Pastoral Guidance. – JPC 52/1. 69-78.
 1998b Commentary on the Responses to the Article "Psychoanalytic Psychotherapy and Pastoral Guidance". - JPC 52/1. 93-98.
- Rodgers, Thomas E.
 2008 Attending to Hidden Realities: Contributions from the Work of Michael Polanyi to Supervisor in Pastoral Care and Counseling. – JPCC 62/3. 195-206.
- Rolfe, David J.
 1984 Pastoral Opportunities to Help Families Prevent Teenage Pregnancy. - JPC 38/1. 29-43.
- Ruff, Rob A.
 1996 "Leaving Footprints": The Practice and Benefits of Hospital Chaplains Documenting Pastoral Care Activity in Patients' Medical Records. – JPC 50/4. 383-391.
- Schade, Jay J. & Shade, Kathye Allison
 1996 Parishioners' Expectations Following a Death. - JPC 50/3. 275-279.

Schmidt, William S.

- 1983 Toward a Cosmological Foundation for Pastoral Care. - JPC 37/3. 207-216.
 1989 A Biblical Paradigm for Selfhood. - JPC 43/4. 337-352.

Seat, Jeff T. & Trent, James T. & Jwa, K. Kim

- 1993 The Prevalence and Contributing Factors of Sexual Misconduct Among Southern Baptist Pastors in Six Southern States. - JPC 47/4. 363-370.

Severino, Sally K. & Morrison, Nancy K.

- 2013 Mary Wollstonecraft Shelley's *Frankenstein*, or the Modern Prometheus: A Psychological study of Unrepaired Shame. JPCC 67/4. 1-9.

Shelp, Earl E.

- 1989 AIDS, High Risks Behaviors, and Moral Judgments. - JPC 44/4. 325-335.

Shurter, Denis

- 1987 Fowlers Faith Stages as a Guide for Ministry to The Mentally Retarded. - JPC 41/3. 234-240.

Smith, Douglas C.

- 1997 The Litany of Release. - JPC 51/4. 431-434.

Somlai, Anton M. & al.

- 1996 An Empirical Investigation of the Relationship Between Spirituality, Coping, and Emotional Distress in People Living with HIV Infection and AIDS. JPC 50/2. 181-191.

Sorajjakool, Siroj

- 2007 Tsunami and Ghost Stories in Thailand: Exploring the Psychology of Ghosts and Religious Rituals within the Context of Thai Buddhism. JPCC 61/4. 343-349.

Strunk, Orlo C., Jr.

- 2004 Some "Bottom Line" Phenomena (Editorial). - JPC 58/1-2. 1-2.

Stalfa, Frank J., Jr.

- 2008 Protestant Clergy Marriage in the Congregational Context: A Report from the Field - JPCC 62/3. 249 - 259.
 2010 "Posthumous Disillusionment" as a Type of Complicated Grief - JPCC 54/2. 1-6.

Stanley-Stevens, Christopher & Stanley-Stevens, Leslie

- 1992 A Reconciling Approach to the Divorce Dilemma. - JPC 47/4. 373-380.

Stempsey, William E.

- 1994 Another Look at Physician-Assisted Suicide. - JPC 48/3. 215-221.

Stone, Howard W.

- 1993 The New Breed of Minister. - JPC 47/3. 286-297.
 1999 Pastoral Counseling and the Changing Times. - JPC 53/1. 31-45.

- 2001 The Congregational Setting of Pastoral Counseling: A Study of Pastoral Counseling Theorists from 1949 – 1999. - JPC 55/2. 181–196.
- Stone, Howard W. & Garner, James W.
- 1981 Affiliate Relationship and Methods of Cooperation Between A Community Mental Health Center and Religious Counseling Agency. - JPC 35/4. 246-249.
- Sunderland, Ronald H.
- 1989 AIDS: Some Issues for Pastoral Caregivers. - JPC 43/4. 293-295.
- 1989b Caring for People Living and Dying with AIDS. - JPC 43/4. 311-323.
- Switzer, David K.
- 1983 Why Pastors *Should* Be Counselors (of a Sort): A Response to Richard L. Krebs. - JPC 37/1. 28-32.
- Tartaglia, Alexander & Dodd-McCue, Diane
- 2010 Enhancing Objectivity in Pastoral Education: Use of Standardized Patients in Video Simulation. - JPCC 64/2. 1-10.
- Tees, Bob & Budd, Jennifer
- 2011 The Sound of Spiritual Care: Music Interventions in a Palliative Care Setting. - JPCC 65/1. 1-10.
- Thayer, Nelson S. T.
- 1981 Merton and Freud: Beyond Oedipal Religion. - JPC 31/1. 36–41.
- Thomson, Judith E. & Jordan, Merle R.
- 2002 Depth Oriented Brief Therapy: An Ideal Technique as Hospice Lengths-of-Stay Continue to Shorten - JPCC 56/3. 221-225.
- VanKatwyk, Peter L.
- 1988 The Helping Style Inventory: A Tool in Supervised Pastoral Education. - JPC 42/4. 319–327.
- 1993 A Family Observed: Theological and Family Systems Perspectives on the Grief Experience. - JPC 47/2. 141–147.
- 1995 The Helping Styles Inventory: An Update. - JPC 49/4. 375–381.
- 1998 Parental Loss and Marital Grief: A Pastoral and Narrative Perspective. - JPC 52/4. 369–376.
- 1999 "What is the Problem?": Problem Definitions and Resolutions in Pastoral Counseling. - JPC 53/4. 409–416.
- 2000 What to Communicate: A New Chapter in Pastoral Care and Counseling? - JPC 54/3. 243–252.
- 2001 Towards a Balanced Whole : The Well-Functioning Family. - JPC 55/3. 239-246.
- 2002 Pastoral Counseling as a Spiritual Practice: An Exercise in a Theology of Spirituality. - JPCC 56/2. 109–119.
- 2006 Therapy Talk and Therapeutic Conversations: The Formation of Pastoral Counselors. - JPCC 60/4. 379-385.

- Walker, Alvin V.
1993 The Child and the Chaplain in the Mental Health Hospital: A Clinical Impression. - JPC 47/2. 149–156.
- Watson, JoAnn Ford
1989 Reflections on Ministering in Suffering. - JPC 43/3. 277-279.
- Weaver, Andrew J. & Larson, David B. & Flannelly, Kevin J. & al.
2002 Mental Health Issues Among Clergy and Other Religious Professionals: A Review of Research. - JPCC 56/4. 393-403.
- Wiley, Christine Y.
1991 A Ministry of Empowerment: A Holistic Model for Pastoral Counseling in the African American Community. - JPC 45/4. 355-364.
- Wilkens, Nicholas Todd
2003 Christian-based Counseling for the Suicide Survivor: A Guide for Pastoral Therapy. - JPCC 57/4. 387–391.
- Windle, Phyllis N.
2001 When Chaplains are Newsworthy. – JPC 55/4. 407-417.
- Wood, Norma Schweitzer
1996 An Inquiry Into Pastoral Counseling Ministry Done by Women in the Parish Setting. - JPC 50/4. 341-348.
- Woodyard, Jeffrey Lynn & Peterson, John L. & Stokes, Joseph P.
2000 "Let Us Go Into the House of the Lord": Participation in African American Churches Among Young African American Men Who Have Sex With Men. - JPCC 54/4. 451-460.
- You, Gweon Young
1977 Shame and Guilt Mechanisms in East Asian Culture. - JPC 51/1. 57–64.
- Zerin, Edward & Zerin, Marjory
1999 A Cowpoke Story for Clergy and Laity. - JPC 53/2. 161-166.

10.2. Kirjallisuus

- Achté, Kalle & Alanen Yrjö O. & Tienari, Pekka
1990 Psykiatria 2. 6. p. Porvoo: WSOY.
1991 Psykiatria 1. 7. p. Porvoo: WSOY.
- About Caring Connections
2004 About Caring Connections. – Caring Connections.
<http://caringconnectionsonline.org/aboutcaringconnections.html>. Haettu 2.3.2012.
- ACPE: History Corner
- ACPE: History Corner – ACPE. -
<http://www.acpe.edu/WhoWeAreHistory.html>. Haettu 2.3.2012.

Ahteenmäki-Pelkonen, Leena

2011 Muutoksen suunta. Suomen evankelisluterilaisen kirkon työnohjaajien käsityksiä työnohjaajien tavoitteista. - Teologinen Aikakauskirja 116/2. 139–159.

Airas, Erkki

1979 Vapaiksi yhdessä. Psykoterapiaa ryhmässä. Porvoo: WSOY.

Aist, Clark S.

1986 Welcome NACC! – JPC 40/1. 3-4.

Benner, David G.

2008 Strategic Pastoral Counseling. A Short-Term Structured Model. Second Ed. Grand Rapids: Baker Academic.

Berelsson, Bernard

1952 Content Analysis in Communication Research. Glencoe: The Free Press.

Carkhuff, Robert R. & Berenson Bernard G.

1967 Beyond Counseling and Therapy. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Carkhuff, Robert R.

1969 Helping and Human Relations. A Primer for Lay and Professional Helpers. Volume II. Practice and Research. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Carr, John C.

2009 Orlo Strunk Appointed Managing Editor Emeritus; Terry R. Bard Appointed JPCP Inc. Managing Editor. – JPCC 63/1-2. 1-2.

Clift, Jean Dalby

1997 The Place of Spirituality in the Supervision of Pastoral Counseling. - Journal of Supervision and Training in Ministry 18. 12-19.

Clinebell, Howard, J., Jr.

1964 The Challenge of the Speciality of Pastoral Counseling. - Pastoral Psychology 1964, n:o 143.

1975 Käytännön sielunhoito. Uusia mahdollisuuksia evankeliumin toteutumiseksi vaikeuksissa olevien ihmisten elämässä. Suom. Leena Levanto. 2. p. Helsinki: Gaudeamus.

1984 Basic Types of Pastoral Care and Counseling. Resources for the Ministry of Healing and Growth. London: Abingdon Press.

Clinical Pastoral Education

– Clinical Pastoral Education. – Evangelical Lutheran Church in America. <https://www.elca.org/Growing-In-Faith/Ministry/Chaplaincy/MCPCCE/Clinical-Pastoral-Education.aspx>. Haettu 2.3.2012.

Devor, Nancy Gieseler

1994 Pastoral Care for Infertile Couples. - JPC 48/4. 355-360.

Duodecim

- 2006 Konsensuslausuma. Psykoterapia 18.10.2006. –
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06.pdf>.
 Haettu 4.3.2012.

Eades, Robert E.

- 1988 The National Institute of Business and Industrial Chaplains. – JPC 42/3.
 245–251.

Elkstad, Gunnar

- 2009 Sielunhoito. Suom. Raimo Mäkelä. Kauniainen: PerusSanoma Oy.

Erikson, Erik H.

- 1995 (1951) *Childhood and Society*. (First published 1951.) London: Vintage.

Esko, Martti & Häyrynen, Seppo & Virtaniemi, Matti-Pekka

- 1991 Lukijalle. – Sielunhoidon aikakauskirja 4.

Eskola, Antti

- 1967 Sosiologian tutkimusmenetelmät II. Porvoo: WSOY.

Flannelly, Kevin J. & Liu, Clarence & Oppenheimer, Julia E. et al.

- 2003 An Evaluation of the Quantity and Quality of Empirical Research in Three
 Pastoral Care and Counseling Journals 1990 -1999: Has Anything
 Changed? – JPC 57/3. 167–178.

Florell, John L. & Doebler George E. & Graham, W. Ralph

- 1983 Editorial. Growing Together. – JPC 37/1. 1-4.

Foskett, John & Jacobs, Michael

- 1997 Pastoral counselling. – Handbook of counseling. Ed. by Stephen Palmer.
 2nd ed. London: Routledge.

Galtung, Johan

- 1969 Theory and Methods of Social Research. Rev. ed. London: George Allen &
 Unwin.

Gartner, John & Larson, David B. & Vachar-Mayberry, Carole D.

- 1990 A Systematic Review of the Quantity and Quality of Empirical Research
 Published in Four Pastoral Counseling Journals: 1975 – 1984. – JPC 44/2. 115–
 123.

Gatti, Daniel J.

- 1988 The National Association of Catholic Chaplains. – JPC 42/3. 238–243.

Geels, Antoon & Wiksröm, Owe

- 2009 Uskonnollinen ihminen. Johdatus uskontopsykologiaan. Helsinki:
 Kirjapaja.

Gothóni, Raili

- 2007 Sielunhoito – kohtaaminen Jumalan kasvojen edessä. - Auttamisen
 teologia. Toim. Kari Latvus ja Antti Elenius. Helsinki: Kirjapaja.

- 2014 Auttava kohtaaminen II. Sielunhoidon menetelmät ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja.
- Grevbo, Tor Johan S.
2006 Sjelesorgens vei. En veiviser i det sjelesörgeriske landskap – historisk og aktuelt. Oslo: Luther.
- Hakala, Pirjo
2001 Learning by caring. A Follow-up Study of Participants in a Specialized Training Program in Pastoral Care and Counseling. Diss. Helsinki.
2002 Ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen. – Diakonian käsikirja. Toim. Riitta Helosvuori & al. Helsinki: Kirjapaja.
2007 Sielunhoidon suuntauksat ja diakonia. - Auttamisen teologia. Toim. Kari Latvus ja Antti Elenius. Helsinki: Kirjapaja.
- Hedman, Fride
1971 Psykologi och själavård i America. - Teologinen Aikakauskirja 76/3.
- Heikkilä, Markku
2009 Pastoraalipsykologia suomalaisessa yliopistoteologiassa. - Terve sielu terveessä ruumiissa. Juhlakirja professori Paavo Kettusen täyttäessä 60 vuotta 27.11.2009. Karjalan teologisen seuran julkaisuja 1. Joensuu.
- Hester, R. L.
1990 Journals in Pastoral Care and Counseling. - Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Ed. by Rodney Hunter. Nashville: Abington Press.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula
1997 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holifield, E. Brooks
1984 A History of Pastoral Care in America. From Salvation to Self-Realization. 2nd printing. Nashville: Abington Press.
1990 History of Protestant Pastoral Care. - Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Ed. by Rodney Hunter. Nashville: Abington Press.
- Holland, J. T.
1982 Jesus, a Model for Ministry. - JPC 36/4. 255-264.
- Homans, Peter
1970 Theology after Freud. An interpretive inquiry. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Houghlum, M. D.
1990 Lutheran Advisory Council. - Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Ed. by Rodney Hunter. Nashville: Abington Press.
- Hyrck, Matti
1988 Maaninen, skitsoparanoidinen vai reparaatiivinen jumala? – Psykoterapia 7/4-5. 38-45.
1989 Vaivatun virvoitus ja syntisen sovitus. - Sielunhoidon aikakauskirja 2.

- 1995 Mielen kuvat Jumalasta. Psykoanalyttisen objektsuhdeteorian näkökulma jumalasuhteen mielikuvamaailmaan Suomen ev.lut. Kirkon v. 1948 Kristinopin tarjoaman aineiston valossa. Diss. Helsinki: Therapie-säätiö.
- 1997 Ihmismieli ja Jumalan kokeminen. – Keskusteleva psykologia. Toim. Pekka Robert Sundell ja Helena Tikkanen. Helsinki: Tulevaisuuden ystävät ry.
- 1999 Ihmisen ahdistus terapeutin ja Jumalan haasteena. - Käytännön ja teorian vuorovaikutus sielunhoidon teologiassa. STKS:n symposiumissa marraskuussa 1998 pidetyt esitelmät. Toim. Paavo Kettunen. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 220; vuosikirja 1999. Helsinki.
- 2003 Ihmismieli ja Jumala psykoanalyysin valossa. Helsinki: Kirjapaja.
- 2009 Jumala ja ihminen skitsoparanoidisessa ja depressiivisessä positiossa. - Terve sielu terveessä ruumiissa. Juhlakirja professori Paavo Kettusen täyttäessä 60 vuotta 27.11.2009. Karjalan teologisen seuran julkaisuja 1. Joensuu.
- 2012 Mustavalkoinen vai huoltapitävä Jumala? – Psykoterapia. 31/3. 280–288.
- 2014 Onko Jumala hyvä? Antaako psykoanalyysi vastauksen? Therapie-säätiö. Helsinki

Häkkinen, Seppo

- 2009 Aika vaieta ja aika puhua. Kirkon työntekijän vaitiolovelvollisuuden ja ilmoitusvelvollisuuden jännite. – Teologinen Aikakauskirja 114/4.

Häyrynen, Seppo

- 1997 Hengellinen ohjaus. – Sielunhoidon käsikirja. Toim. Kirsti Aalto, Martti Esko ja Matti-Pekka Virtaniemi. Helsinki: Kirjapaja.
- 2005 Sielunhoidon spiritualiteetti. - Sielunhoidon aikakauskirja 17.

ICD-10

- 2011 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. – <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>. Haettu 7.3.2012.

Jaatinen, Hannu

- 1980 Sielunhoitajan identiteettiä etsimässä. Sisällönanalyttinen tutkimus sielunhoidosta aikakauskirjassa The Journal of Pastoral Care vuosina 1952–1979. Käytännöllisen teologian pro gradu -tutkielma Helsingin yliopistossa.
- 2006 Kirkollisen työnohjauksen identiteetti ja vaikuttavuus aikakauskirjoissa The Journal of Pastoral Care ja Journal of Supervision and Training in Ministry vuosina 1974–2004. – Kurssikirjoituksia. Seurakuntatyön työnohjaajakurssi 2004. Kirkon koulutuskeskus 2006.

Jaatinen, Hannu & Karppinen, Tarja & Mononen, Marja

- 1991 ”Tämä tauti ei parane.” Kokemuksia skitsofreniapotilaiden omaisryhmästä. – Perheterapia 7/4. 25-28.

Jacobs, Michael

- 1997 Still small voice. An introduction to pastoral counseling. Rev. ed. Third impression. London: SPCK.

Jernigan, Homer L.

- 1981 Preface to a Research Project in Pastoral Counseling. - JPC 35/2. 75-84.

de Jongh van Arkel, Jan T.

2000 Recent Movements in Pastoral Theology. – Religion and Theology 7/2. 142–168.

2000a Caring for all. Exploring the field of pastoral work. Study guide. Department of Practical Theology. Pretoria: University of South Africa

JPCP

- Home. – Journal of Pastoral Care publications.
<http://www.jpccp.org/index.htm>. Haettu 1.3.2012.

JPC&C JPC&C www.jpccp.org/page_id=163 Haettu 20.3.2018

Järvinen, Pertti

1991a Psykos och religion: Psykodynamiska mekanismer och rollpsykologiska processer bakom religiösa föreställningar hos psykotiker. Diss. Åbo: Åbo akademis förlag.

1991b Psykoottisten potilaiden analyttisestä sielunhoidosta. – Sielunhoidon aikakauskirja 4. 102–117.

1999 Uskonnollisen ja psyykkisen sisäkkäisyys auttajan näkökulmasta. – Käytännön ja teorian vuorovaikutus sielunhoidon teologiassa. STKS:n symposiumissa marraskuussa 1998 pidetyt esitelmät. Toim. Paavo Kettunen. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 220; vuosikirja 1999. Helsinki.

Ketola, Kimmo

2008 Uskonnolliset kokemukset ja emotiot. - Uskonto ja ihmismieli. Johdatus kognitiiviseen uskontotieteeseen. Toim. Kimmo Ketola, Ilkka Pyysiäinen ja Tom Sjöblom. Helsinki: Gaudeamus.

Kettunen, Paavo

1990 Ihmisolemuksen ongelma ja olemassaolon vaikeus. Ihmiskäsitys Suomen evankelis-luterilaisen kirkon sairaalasielunhoidon koulutuksessa vuosina 1960 – 1975. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 171. Diss. Helsinki.

1991 Sielunhoidosta ja sen tutkimisesta. - Teologinen Aikakauskirja 96. 349 - 353.

1994 Mitä pastoraalipsykologia on. - Sielunhoidon aikakauskirja 7.

1995 Pastoraalipsykologiassa yhdistyvät teologia ja psykologia. - Zijlstra, Wybe: Kohti kokonaista ihmistä. Pastoraalipsykologian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

1997a Kehittyvä sielunhoito. – Sielunhoidon käsikirja. Toim. Kirsti Aalto, Martti Esko ja Matti-Pekka Virtaniemi. Helsinki: Kirjapaja.

1997b Psykoterapia ja sielunhoito. - Psykoterapiat eilen ja tänään. Toim. Juhani Ihanus. Helsinki: Yliopistopaino.

2005 Salassapito ja puhuminen velvollisuutena. - Kirkko – taide – viestintä. Markku Heikkilän juhla- ja teologinen julkaisu. Toim. Sari Dhima. Suomen kirkkohistoriallisen seuran toimituksia 197. Helsinki.

2011 Kätkeyty ja vaiettu. Suomalainen hengellinen häpeä. Helsinki: Kirjapaja.

2012 Sielunhoito – eräs muoto psykoterapiaako? – Psykoterapiat. Toim. Matti O. Huttunen ja Hely Kalska. Helsinki: Duodecim.

- 2013 Auttava kohtaaminen I. Sielunhoidon perusteet ja teologia. Helsinki: Kirjapaja
- 2013a Kelpaamattoman ihmisen jumalasuhde ja jumalanpalvelus. – Olavin ja Mikaelin jalanjäljissä. Hymnologian ja liturgiikan seuran vuosikirja HYMNOS 2013. Toim. Tapani Innanen, Teija Pitkänen & Timo Åvist. Helsinki: Hymnologian ja liturgiikan seura.
- 2014 Häpeästä hyväksyntään. Helsinki: Kirjapaja.
- Kiiski, Jouko
2009 Sielunhoito. Helsinki: Edita.
- Kilpeläinen, Irja
1969 Osaammeko kuunnella ja auttaa. Lähimmäiskeskeisen sielunhoitomenetelmän opas. Porvoo: WSOY.
1978 Samalle portille. Porvoo: WSOY.
- Kirkpatrick, Lee A.
2005 Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York: Guilford Press.
- Kirkpatrick, Lee A. & Shaver, Phillip R.
1990 Attachment Theory and Religion: Childhood, Attachments, Religious Beliefs, and Conversation. – Journal for the Scientific Study of Religion 29/3. 315-334.
- Klaavu, Juha
2001 Psykodynaamiset teorit Journal of Pastoral Care -aikakauskirjassa vuosina 1990 - 1999. Käytännöllisen teologian pro gradu -tutkielma Helsingin yliopistossa.
- Korkee, Simo
1998 Kertokaa lisää jumalasuhteestanne. Psykoanalyttisiä näkökulmia uskontoon. – Näköaloja uskontoon. 58 - 95. 3. tarkistettu p. Toim. Kimmo Ketola et al. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koskela, Harri
2011 Lapseni elää aina sydämessäni. Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetin muotoutumisessa. Diss. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 114. Porvoo.
- Kotila, Heikki (toim.)
2006 Hengellisen ohjauksen kirja. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Kruus, Lauri
1980 Potilaan ja teologin keskustelu sairaalassa. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 121. Helsinki.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa
1999 Sisällön analyysi. – Hoitotiede 11/1. 3-12.

Lange, Pia M.

- 2008 Syyllisyys ja uskonto psykoterapian ongelmina. – Uskonto ja ihmismieli. Toim. Kimmo Ketola et al. Helsinki: Gaudeamus.

Lankinen, Juha

- 2003 Rippi ja sielunhoito ihmisen rinnalle asettumisena. - Spiritualiteetin käsikirja. Toim. Seppo Häyrynen, Heikki Kotila ja Osmo Vatanen. Helsinki: Kirjapaja.

Latvus, Kari

- 2007 Auttajan viran alkuperän uusi tulkinta. - Auttamisen teologia. Toim. Kari Latvus ja Antti Elenius. Helsinki: Kirjapaja.

Laulaja, Jorma

- 1981 Kulaisen säännön etiikka. Lutherin sosiaalietiikan luonnonoikeudellinen perusstruktuuri. Diss. Missiologian ja ekumeniikan seuran julkaisuja 32. Helsinki.

Leiman, Mikael

- 2012 Psykoterapiat ja psykoterapeutit. – Psykoterapiat. Toim. Matti O. Huttunen ja Hely Kalska. Helsinki: Duodecim.

Liedes, Matti & Manninen, Pentti

- 1974 Otantamenetelmät. Helsinki: Gaudeamus.

Lyall, David

- 1987 Clinical Pastoral Education. – A Dictionary of Pastoral Care. Ed. by Alistair V. Campbell. London: SPCK.

Mannermaa, Tuomo

- 1997 Sielunhoidon tulkinta ja paikka kirkossa. – Sielunhoidon käsikirja. Toim. Kirsti Aalto et al. Helsinki: Kirjapaja.

Martikainen, Eeva

- 1999 Sielunhoidon ja terapian kosketuskohtia. – Käytännön ja teorian vuorovaikutus sielunhoidon teologiassa. STKS:n symposiumissa marraskuussa 1998 pidetyt esitelmät. Toim. Paavo Kettunen. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 220; vuosikirja 1999. Helsinki.

McCarroll, Pamela R.

- 2015 Taking Inventory and Moving Forward: A Review of the Research Literature and Assessment of Qualitative Research in JPCC 2010-2014. - JPCC 69/4. 222-231.

Mickey, Paul A.

- 1970 The Journal of Pastoral Care: Attaining Its Majority Years – JPC 24/1.

Mission

- Mission – JPCP. <http://www.jpccp.org/mission.htm>. Haettu 1.3.2012.

Mission history

- History of The Journal of Pastoral Care and Counseling. – JPCP. http://www.jpcp.org/documents/JPC_History_Diagram_Jul_09.pdf. Haettu 1.3.2012.

O'Connor, Thomas St. James & Koning, Fred & Meakes, Elizabeth et al.

- 2001 Quantity and Rigor of Qualitative Research in Four Pastoral Counseling Journals. – JPC 55/3. 271 – 280.

Oglesby, William B., Jr.

- 1969 Introdution. – The New Shape of Pastoral Theology. Essays in Honor of Seward Hiltner. Ed. by William B. Oglesby, Jr. Nashville: Abingdon Press.

Parker, D. F

- 1990 Ecumenical Relationships in the Pastoral Care and Counseling Movement. – Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Ed. by Rodney Hunter. Nashville: Abingdon Press.

Pietilä, Veikko

- 1976 Sisällön erittely. Toinen korjattu painos. Helsinki: Gaudeamus.

Psykoterapia

- Psykoterapia. – Mielenterveyden keskusliitto. http://www.mtkl.fi/haku?W*Q=Psykoterapia. Haettu 8.3.2011

Rizzuto, Ana-Maria

- 1979 The Birth of the Living God. A Psychoanalytic Study. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Ruotsalainen, Kari

- 2009 Sielunhoitajan muuttuvat roolit. - Terve sielu terveessä ruumiissa. Juhlakirja professori Paavo Kettusen täyttäessä 60 vuotta 27.11.2009. Karjalan teologisen seuran julkaisuja 1. Joensuu.

Saarelainen, Suvi-Maria

- 2017 Meaningful Life With(out) Cancer. Coping Narratives of Emerging Finnish Adults. Diss. Department of Theology. University of Helsinki, Finland. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/180170/MEANINGOF.pdf?sequence=1> Haettu 25.11.2017.

Scharfenberg, Joachim

- 2000 Johdatus pastoraalipsykologiaan. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käytännöllisen teologian laitoksen julkaisuja 98. (Saksankielinen alkuteos 1985)

Schweitzer, Friedrich

- 1999 The Cultural Context of Practical Theology: A German Perspective. – Practical Theology - International Perspectives. Friedrich Schweitzer & Johannes van der Ven (eds.). Erfahrung und Theologie. Schriften zur Praktischen Theologie, Vol. 34. Frankfurt am Main: Lang.

Sievers, Peppi

2016 Uskonnollisten ja hengellisten kysymysten käsittely suomalaisissa psykoterapioissa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Education, Humanities and Theology 89. Joensuu.

Sihvo, Jouko

1971 Henkinen hätä ja ihmissuhteet palvelevassa puhelimessa. Kirkon tutkimuslaitos, sarja A, n:o 11. Tampere.

Silberman, Jeffery M.

1992 The National Association of Jewish Chaplains. – JPC 46/1. 1-2.

Sorri, Hannu

2009 Näkökulmia sielunhoidon soveltavaan opetukseen. - Terve sielu terveessä ruumiissa. Juhlakirja professori Paavo Kettusen täyttäessä 60 vuotta 27.11.2009. Karjalan teologisen seuran julkaisuja 1. Joensuu.

Stollberg, Dietrich

1969 Therapeutische Seelsorge. Studien zur Praktischen Theologie, Nr. 6. München: Kaiser.

Stone, Howard W.

2001 The Congregational Setting of Pastoral Counseling: A Study of Pastoral Counseling Theorists from 1949 – 1999. - JPC 55/ 2. 181 – 196.

Strunk, Orlo C., Jr.

1991 Jewish Chaplains Join The JPC's Consortium. – JPC 45/4. 332.

2004 Editorial. Some "Bottom Line" Phenomena. – JPC 58/1-2. 1-2.

Switzer, David K.

1986 The Minister as Crisis Counselor. Nashville: Abingdon Press.

Terry Bard Biography

- Terry Bard Biography. www.jpcp.org/?page_id=602 Haettu 20.3.2018

Thornton, Edward E.

1971 Frederick C. Kuether, 1911-1971: A Tribute (Editorial) – JPC 25/2. 75-77.

1990 Clinical Pastoral Education (CPE). – Dictionary of Pastoral Care and Counseling. Ed. by Rodney Hunter. Nashville: Abington Press.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli

2002 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tähkä, Veikko

1972 Psykoterapian perusteet psykoanalyttisen teorian pohjalta. 2. p. Porvoo: WSOY.

VanKatwyk, Peter L.

2003 Spiritual Care and Therapy: Integrative Perspectives. Waterloo, Ontario, Canada: Wilfrid Laurier University Press.

deVelder, John R. & Lawrence, Raymond

- 2003 Guest Editorial. College of Pastoral Supervision and Psychotherapy Adds Its Sponsorship to The Journal of Pastoral Care & Counseling. – JPC 57/1. 1-2.

Virtaniemi, Matti-Pekka

- 1981 Sielunhoitoko psykoterapiaa? – Teologian näkymiä 1980-luvun alkaessa. Toim. Eeva Martikainen ja Kalevi Tamminen. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 123; 90-vuotisjuhlajulkaisu. Helsinki.
- 1988 Sielunhoitajan teologiasta. - Sielunhoidon Aikakauskirja 1. 12-25.
- 2000 Lukijalle - Owe Wikström: Salattu ihminen. Elämän syvät kysymykset ja parantava keskustelu. Helsinki: Kirjapaja.
- 2017 Elämän päätösjakson haaste. ALS-tautiin sairastuneen eksistentiaalinen prosessi ja uskonnollinen spiritualiteetti. Diss. Helsingin yliopisto. Käytännöllisen teologian osasto.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/187231/ELAMANPA.pdf?Sequence=1> Haettu 24.11.2017.

Wikström, Owe

- 1995 Häikäisevä pimeys. Näkökulmia hengelliseen ohjaukseen. Helsinki: Kirjapaja.
- 2000 Salattu ihminen. Elämän syvät kysymykset ja parantava keskustelu. Helsinki: Kirjapaja.

Zijlstra, Wybe

- 1995 (1989) Kohti kokonaista ihmistä. Pastoraalipsykologian käsikirja. (Hollanninkielinen alkuteos 1989) Suom. Mikko Kuusniemi. Helsinki: Kirjapaja.

11. LIITTEET

Liite 1: Luokitusrunko	168
Liite 2: Muuttujien 13 – 85 väliset korrelaatiot	176
Liite 3 a: Auttamistapojen kartta (VanKatwyk 1988)	178
b: Terapeuttisten muutosstrategioiden kartta (VanKatwyk 1995)	179
c: Erilaisten sielunhoitoroolien kartta (VanKatwyk 1999)	180

Liite 1: Luokitusrunko**1. Lehden ilmestymisvuosi**

1980 - 2014

2. Lehden ilmestymisnumero

1 - 5

3. Monesko varsinainen artikkeli lehdessä

1 - 20

4. Artikkelin kirjoittaja(t)

0 Ei mainita

1 Teologi, rabbi, uskonnollinen johtaja tai työntekijä

Ei teologit:

2 Psykoanalyytikko

3 Muu psykiatri tai ei mainittu tarkemmin

4 Muu lääkäri

5 Psykologi

6 Sosiologi

7 Pedagogi

8 Sosiaalityöntekijä

9 Muu(t) kirjoittaja(t)

5. Kirjoittajien työpaikat

0 Ei mainita

1 Kirkko tai uskonnollinen yhdyskunta

2 Sielunhoitokeskus

3 Sairaala

4 Yliopisto, korkeakoulu tai pappisseminaari

5 Muu koulutus- tai tutkimuslaitos

6 Muu laitos (esim. mielenterveystoimisto)

7 Yksityinen ammatinharjoittaja

8 Muu

6. Kirjoittajien kirkko- tai uskontokunnat

0 Ei mainita

1 Katolinen

2 Luterilainen

3 Episkopaalinen

4 Presbyteerinen

5 Metodistinen

6 Baptistinen

7 United Church of Christ

8 Juutalainen

9 Muu

7. Artikkelin teoreettisuus tai käytännöllisyys

0 Käytännöllinen: runsaasti liittymäkohtia käytännön työhön, esim.

käytännöllisiä neuvoja

1 Sekä teoreettinen että käytännöllinen: teoreettisen aineksen lisäksi myös

käytännön näkökohtia

2 Teoreettinen: teoreettista pohdiskelua, ei käytännön neuvoja

8. Artikkelin teemat

1 Sielunhoidon teologia

2 Sielunhoidon metodologia

3 Sielunhoidon ja psykoterapian tai teologian ja psykiatrian suhde

4 Spiritualiteetti ja hengelliset asiat

5 Empiirinen tutkimustulos tai tapauskertomus

6 Sielunhoidon kliininen koulutus

7 Ryhmäterapia

8 Työnohjaus

9 Muu

9. Sielunhoidon kohderyhmät ikäluokittain

0 Ei mainita (= sielunhoito yleensä)

1 Lapset

2 Nuoret

3 Aikuiset

4 Vanhukset

10. Sielunhoidon erityiskohderyhmät

0 Ei mainita (= sielunhoito yleensä)

1 Sielunhoitaja itse

2 Psykiatriset potilaat

3 Muut sairaalapotilaat

Muut erityisryhmät:

4 Aistivammaiset

5 Kehitysvammaiset

6 Vangit ja rikolliset

7 Sotilaat

8 Muu

11. Hoidettavien ongelmat

00 Ei mainita

Uskonnolliset tai elämäntähtäykselliset ongelmat:

01 Uskonnolliset ongelmat

02 Muut elämäntähtäykselliset ongelmat

Kehityskriisit tai mielenterveyden ongelmat:

03 Skitsofrenia tai mielialahäiriö

04 Neuroottinen, persoonallisuus- tai muu mielenterveyden häiriö

05 Kehityskriisi

Tilannekriisi:

06 Sairaus tai tapaturma

07 Lähestyvä kuolema

08 Läheisen kuolema

09 Abortti tai ei-toivottu raskaus

10 Työ- tai toimeentulo-ongelmat, työttömyys

11 Muu tilannekriisi

Ihmissuhdeongelmat:

12 Parisuhde- ja seksuaaliasiat

13 Yksinäisyys

14 Ongelmat vanhempien ja lasten välillä, kasvatusongelmat

15 Muut ihmissuhdeongelmat

Muut ongelmat:

16 Alkoholi-, lääkkeen väärinkäyttö- tai huumeongelmat

17 Itsemurhahauka

18 Muu (esim. häpeä)

12.Sielunhoidon puitteet

00 Ei mainita

Yleinen sielunhoito:

01 Jumalanpalvelus

02 Kirkollinen toimitus

03 Muu seurakunnallinen toiminta

Yksityinen sielunhoito:

04 Kirkollinen tai seurakunnan tila

05 Yksityinen sielunhoitokeskus tai vastaanotto

06 Sairaala tai muu hoitolaitos

07 Kotikäynti

08 Puhelinkeskustelu

09 Satunnainen tapaaminen

10 Muu

Muuttujissa 13 - 71 mitataan suhtautumista sielunhoidon eri osa-alueisiin asteikolla:

- 0 Ei mainita
- 1 Suhtaudutaan negatiivisesti
- 2 Suhtaudutaan neutraalisti
- 3 Suhtaudutaan positiivisesti

Sielunhoidon tavoite

- 13. Autettava itse kokee saavansa apua, oireiden lieveneminen tai poistuminen
- 14. Toimintakykyisyys
- 15. Ihmissuhteiden paraneminen
- 16. Perheen hoitaminen
- 17. Vaikuttaminen yhteisöihin
- 18. Muuttuneeseen elämäntilanteeseen (esim. kriisiin) sopeutuminen
- 19. Autonomia: itsevarmuus ja kasvu omien ongelmien ratkaisemiseen
- 20. Itsetuntemuksen lisääntyminen; oivallus
- 21. Uskonelämän synty tai kasvu
- 22. Muu tavoite

Sielunhoidolliset toimenpiteet

- 23. Arviointi
- 24. Ohjaaminen toisen auttajan luo
- 25. Kyseleminen
- 26. Neuvominen, ohjeiden antaminen
- 27. Julistus ja opetus
- 28. Kuunteleminen ja tukeminen
- 29. Hyväksyminen
- 30. Rohkaisu
- 31. Osoittaminen (konfrontaatio)
- 32. Tulkinta
- 33. Muu toimenpide, esim. profetoiminen, sairaiden parantaminen; vastarinta, voimaannuttaminen, hoivaaminen tai vapauttaminen

Sielunhoidon välineet

- 34. Keskustelu
- 35. Sanaton viestintä
- 36. Seurakuntayhteys
- 37. Muu ryhmä
- 38. Kirjalliset välineet: testit, elämänjana, sukupuoli, verkostokartta, aarrekartta
- 39. Toiminnalliset menetelmät, esim. ongelman ulkoistaminen, tyhjän tuolin tekniikka, roolinvaihdot
- 40. Raamattu tai muu hengellinen kirjallisuus ml. virret tai hengelliset laulut
- 41. Rukous
- 42. Rippi
- 43. Ehtoollinen
- 44. Muu väline, esim. öljyllä voitelu, meditointi, hiljaisuus

Sielunhoidon hoitomallit

- 45. Julistava tai raamattuperustainen sielunhoito
- 46. Lähimmäiskeskeinen (dialoginen) sielunhoito
- 47. Syvyyspsykologinen sielunhoito
- 48. Kriisisielunhoito tai muu ratkaisukeskeinen sielunhoito
- 49. Systeeminen sielunhoito
- 50. Sosiopoliittinen eli profeetallinen sielunhoito
- 51. Psykoanalyysi tai muu analyttinen psykoterapia
- 52. Supportiivinen terapia
- 53. Muu psykoterapia, esim. kognitiivinen terapia
- 54. Ryhmäterapia, perheterapia
- 55. Muu hoitomalli, esim. lyhytsielunhoito, karismaattinen sielunhoito, voimavarakeskeinen sielunhoito, hengellinen ohjaus

Sielunhoitajan edellytykset ja kyvyt

56. Pappi
57. Maallikko
58. Erikoistumiskoulutus
59. Käytännön kokemus
60. Soveltuvuuden testaus
61. Henkilökohtainen uskonvakaumus, oman hengellisen elämän hoitaminen
62. Itsetuntemus
63. Kyky kuunnella, ymmärtää ja eläytyä (empaattisuus)
64. Kyky autettavan kunnioittamiseen
65. Kyky konkreettisuuteen ja konfrontoimiseen
66. Kyky aitouteen ja avoimuuteen
67. Muu edellytys tai kyky, esim. kyky interpatiaan

Artikkelissa käsitelty sielunhoidon taso

68. Keskinäinen huolenpito (Mutual care)
69. Sielunhoito (Pastoral care)
70. Terapeuttisesti suuntautunut sielunhoito (Pastoral counseling)
71. Pastoraalipsykoterapia (Pastoral therapy)

Muuttujissa 72 - 77 mitataan asenoitumista teologian ja psykologian suhteeseen asteikolla:

- 0 Ei mainita
- 1 Asiaa käsitellään kieltäen sen merkitys
- 2 Asiaa käsitellään ottamatta sen merkitykseen kantaa
- 3 Asiaa käsitellään hyväksyen sen merkitys

72. Uskonto, teologia, kirkko, sielunhoito, usko, Jumala, Kristus, Pyhä Henki
73. Psykologia, psykiatria, psykoterapia
74. Synti: vastuu Jumalan edessä
75. Syyllisyys: vastuu teoista yleensä
76. Sielunhoidon ja psykoterapian samana asiana pitäminen
77. Yhteistyö sekä kokemuksen ja tiedon lainaaminen toisilta (toisen ammattikunnan konsultointi)

Muuttujissa 78 - 85 mitataan kirjoittajien käyttämiä perusteluja asteikolla:

0 Ei mainita

1 Asiaa käytetään kielteisenä perusteena (varoittava esimerkki)

2 Asiaa käytetään neutraalina perusteena

3 Asiaa käytetään myönteisenä perusteena

78. Raamattu

79. Oma uskonvakaumus, uskonnollinen traditio tai muu uskonnollinen perustelu

80. Teologinen tutkimus

81. Psykoanalyttinen käsitys

82. Muu psykologis-hermeneuttinen käsitys

83. Psykologinen, lääketieteellinen, uskontotieteellinen tai muu tutkimus

84. Käytännöllis-tarkoituksenmukainen syy

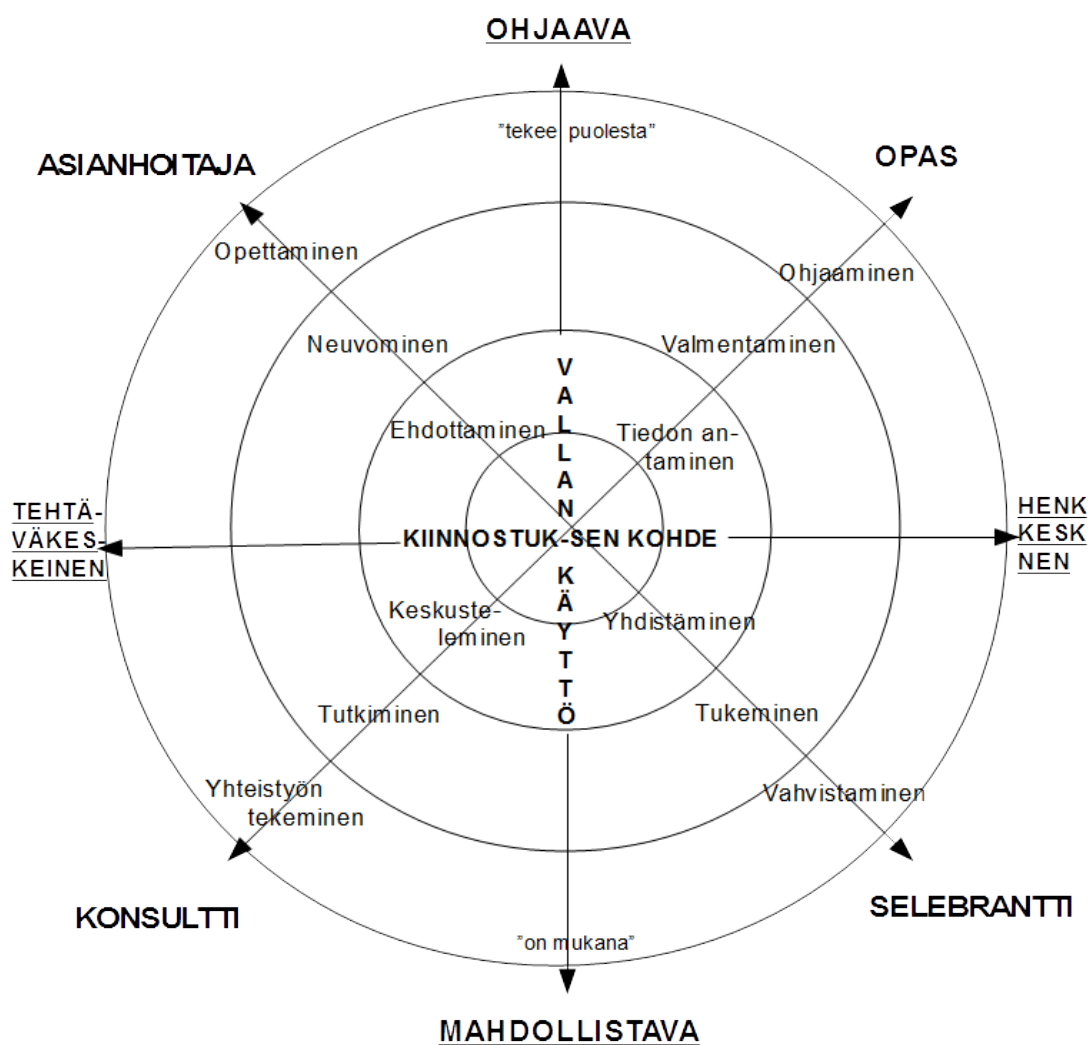
85. Muu perustelu

Liite 2. Muuttujien 13-85 väliset korrelaatiot

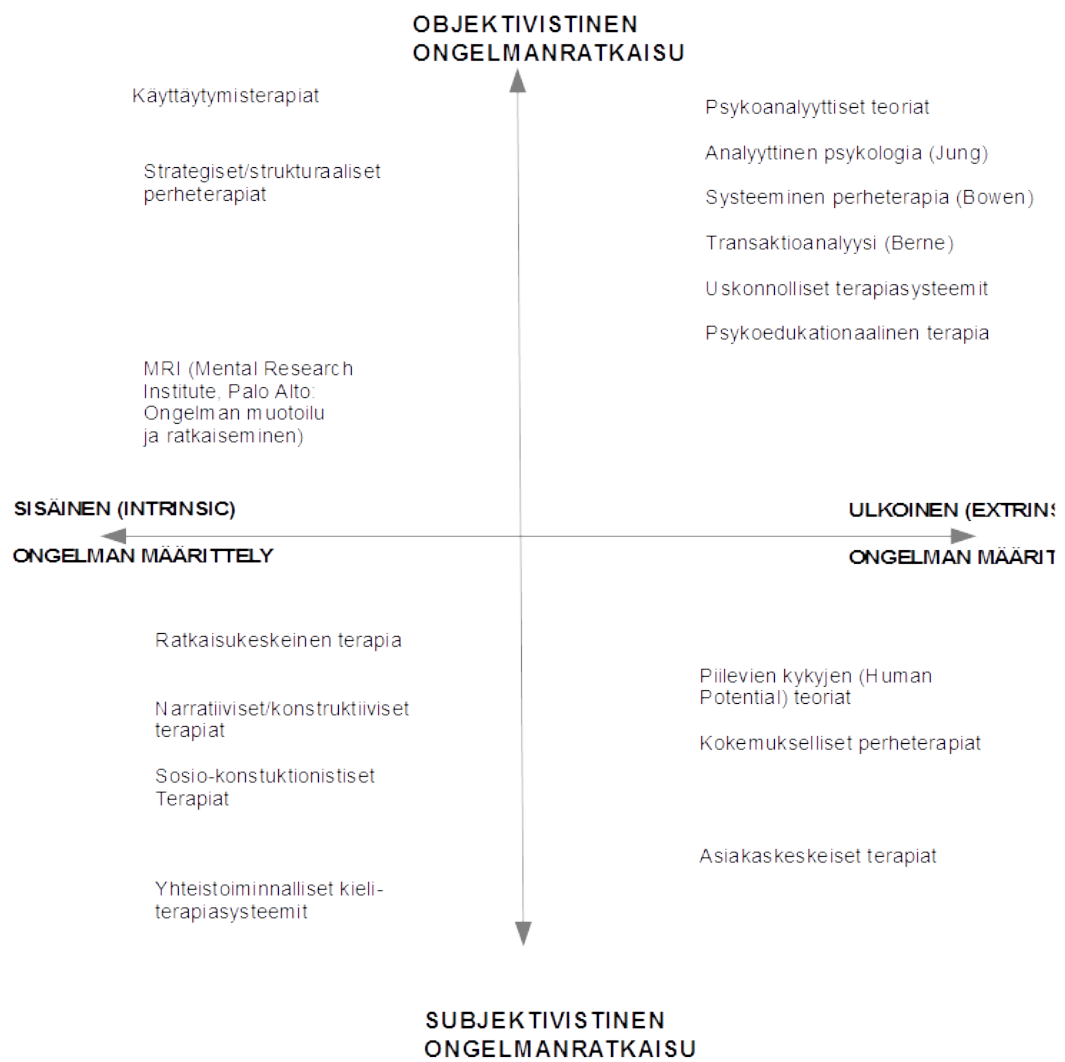
Tilastolliset merkitsevyysrajat: 0,13* = melkein merkitsevä

0,16** = merkitsevä

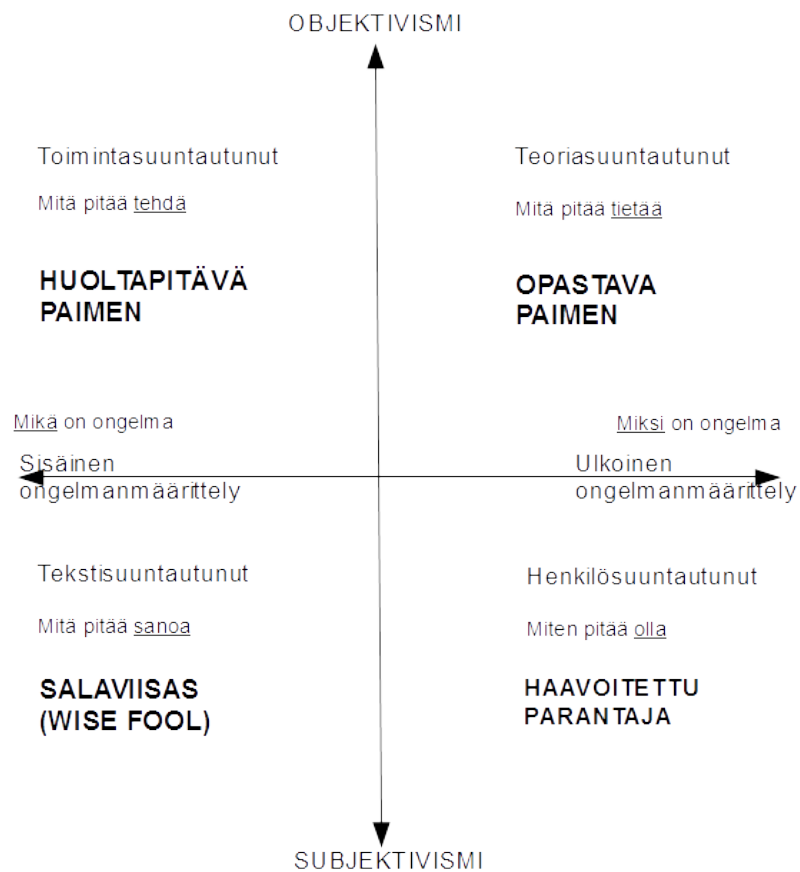
0,21*** = erittäin merkitsevä



Liite 3 a. Auttamistapojen kartta (VanKatwyk 1988)



Liite 3 b. Terapeuttisten muutosstrategioiden kartta (VanKatwyk 1995)



Liite 3 c. Erilaisten sielunhoitoroolien kartta (VanKatwyk 1999)